

RUFSO Revue "Université sans Frontières pour une Société Ouverte"

ISSN : 2313-285x (en ligne)

Volume 35: numéro 2

Site Web de la revue: rufso.org

Thèse:

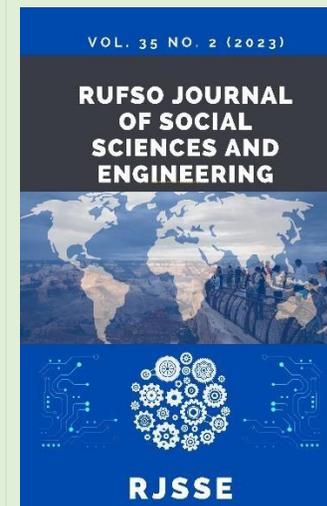
Langue : Français

Titre : Facteurs déterminant la faible adhésion des ménages aux programmes de nutrition communautaire pour la lutte contre la malnutrition aigüe dans le district de Yako (Burkina-Faso)

Auteur : TONDE Koudougou dit Ousséni

Publiée: Février 2023

Doi : [10.55272/rufso.rjsse](https://doi.org/10.55272/rufso.rjsse)



Facteurs déterminant la faible adhésion des ménages aux programmes de nutrition communautaire pour la lutte contre la malnutrition aigüe dans le district de Yako (Burkina-Faso)

TONDE Koudougou dit Ousséni

Résumé

Plusieurs programmes de nutrition communautaire ont été mis en œuvre au Burkina Faso, avec l'ambition de réduire la morbidité et la mortalité liées à la malnutrition. L'expérience des ONGs Terre des hommes, Médecin Sans Frontière, Groupement Naam sont des cas d'école dans la région sanitaire du Nord notamment dans le district de Yako. Pour qu'un programme de nutrition communautaire soit un succès il faut absolument l'implication de la communauté, voire l'adhésion des ménages aux activités desdits programmes. Mais le constat qui se dégage dans le district sanitaire de Yako est que l'adhésion des ménages aux programmes de nutrition communautaire reste insuffisante. Notre étude a pour but donc de renforcer l'adhésion des ménages aux activités de nutrition communautaire dans le district sanitaire de Yako. Elle a pour objectif général d'étudier les facteurs déterminant la faible adhésion des ménages aux programmes de nutrition communautaire dans le district sanitaire de Yako Il s'agit d'une étude transversale descriptive qui a concerné cent (100) ménages choisis au hasard dans dix (10) villages et dans cinq (05) CSPP retenus pour l'enquête. L'enquête a duré deux jours. L'échantillonnage a été aléatoire, l'analyse des données collectées s'est faite avec les logiciels Epi-Info et Excel. Les résultats montrent que les connaissances des ménages sur la malnutrition, les causes et les conséquences ainsi que la prise de conscience marquée, sur la fréquence et la vulnérabilité de la maladie déterminent l'adhésion des ménages aux activités de nutrition communautaire dans le district de Yako. L'insuffisance de formation/recyclage des professionnels de santé et des agents de santé communautaire utilisés comme des correspondants nutritionnels, l'absence de supports IEC dans les CSPP, l'insuffisance de motivation des agents de santé communautaire sont également des facteurs déterminants l'adhésion des ménages aux activités de santé et nutrition. L'enquête a également révélé que les maris, ne s'impliquent pas davantage pour la participation des femmes aux activités de nutrition communautaire, en témoigne seulement 3% de père accompagnent leur enfant aux sites de nutrition communautaire. xvii Les suggestions pour améliorer l'adhésion des ménages aux activités de nutrition communautaire se résument en la motivation des ASC, la formation/recyclage des professionnels de santé. A l'issue de l'étude un plan de communication est recommandé pour renforcer l'adhésion des ménages aux programmes de nutrition communautaire dans le district sanitaire de Yako.

GROUPE BK-UNIVERSITE

**INSTITUT INTERNATIONAL DE
MANAGEMENT**

OUAGADOUGOU- BURKINA FASO

**CHAMBRE ECONOMIQUE
EUROPEENNE**

FONDATION UNIVERTAIRE MERCURE

**INSTITUT INTERNATIONAL DE
MANAGEMENT**

BRUXELLE- BELGIQUE



**MEMOIRE DE FIN D'ETUDE
MASTER EN MANAGEMENT DE PROJET**

**FACTEURS DETERMINANT LA FAIBLE ADHESION
DES MENAGES AUX PROGRAMMES DE NUTRITION
COMMUNAUTAIRE POUR LA LUTTE CONTRE LA
MALNUTRITION AIGUE DANS LE DISTRICT DE
YAKO (BURKINA-FASO)**

*Rédigé et soutenu par TONDE Koudougou dit Ousséni
En vue de l'obtention du Master2 : Option management des projets*

**DIRECTEUR DE MEMOIRE
Dr Boureima OUEDRAOGO, MD MPH
Direction de la Prévention par les Vaccinations**

PROMOTION 2008-2009

SOMMAIRE	PAGES
Dédicace.....	ii
Remerciements	iii
Abréviations	iv
Liste des tableaux	v
Liste des graphiques.....	vi
Définitions opérationnelles des termes... ..	vii
Résumé	viii
DEFINITIONS OPERATIONNELLES DES TERMES	ix
INTRODUCTION.....	2
CHAPITRE I : PROLEMATIQUE.....	5
I.1 Enoncé du problème	5
I.2 Justification de l'étude.....	9
I.3 Question de recherche	11
I.4 Hypothèse de recherche.....	11
I.5 But et Objectifs de recherche.....	11
I.5.1 But de l'étude	11
I.5.2 Objectif Général.....	11
I.5.3 Objectifs spécifiques	12
CHAPITRE II : REVUE DE LITTERATURE ET CADRE DE REFERENCE	
II.1 Revue de littérature.....	13
II. 1.1 Généralités sur la gestion des programmes/projets de nutrition communautaire.....	13
- Expérience des groupements NAAM au Burkina Faso	14
- Expérience de l'ONG Terre des hommes au Burkina Faso	15
II. 1.2 Finalités et buts des programmes ou de projets de nutrition communautaire	15
II. 1.3 Facteurs influençant la réussite des programmes de nutrition communautaire	16
- Organisation et participation communautaires cohésives englobant tous les membres de la communauté.....	16
- Appui et incitations aux agents de santé communautaires.....	17

- Encadrement adéquat des programmes.....	20
- Garantie de financement	21
- Intégration des programmes communautaires dans les services au niveau du district et dans les politiques nationales	22
II. 1.4 Ecrits antérieurs relatifs à l'adhésion de la communauté aux programmes/projets de nutrition communautaire.....	22
- Les facteurs liés au management des projets de nutrition communautaire.....	23
- Les facteurs liés à la compétence des prestataires.....	23
- Les facteurs liés aux connaissances des chefs de ménage	23
- Les facteurs liés au genre.....	24
II.2 Cadre de référence	26
- Définition des variables	29
- Les relations entre les variables	29
- Résumé/conclusion de la revue littéraire.....	29
- Schéma du cadre conceptuel	31
III CADRE ET CHAMPS DE L'ETUDE	32
III.1 Présentation du Burkina Faso	32
3.1.1 Données géopolitiques	32
3.1.2 Données démographiques	33
3.1.3 Données socioculturelles	34
3.1.4 Données économiques.....	34
III. 2 CADRE DE L'ETUDE : DISTRICT SANITAIRE DE YAKO.....	36
3.2.1 Présentation générale du district	36
3.2.1.1 Données administratives	36
3.2.1.2 Données géographiques.....	37
3.2.1.3 Données démographiques	38
3.2.1.4 Données économiques.....	39
3.2.1.5 Données socioculturelles	40
3.2.1.6 Partenaires intervenant dans le domaine de la santé	41

L'état nutritionnel des mères et des enfants et les problèmes liés aux micronutriments.....	42
IV METHODOLOGIE	43
Type d'étude... ..	43
Population cible de l'enquête.....	43
Echantillonnage/Echantillon... ..	44
a) Plan de sondage... ..	44
b) Taille de l'échantillon	45
Techniques	46
-Entretien avec les mères et pères, ou tuteurs/tutrices de l'enfant.....	46
- l'analyse documentaire et l'interview des responsables de structures publiques de santé, les ONG, les OSC œuvrant dans le domaine de la nutrition	46
Instruments	46
Base de sondage	47
Validation des instruments	47
Déroulement de l'enquête	48
Traitement des données	48
Limite de l'étude.....	49
Difficultés	49
Considérations éthiques.....	49
V PRESENTATION DES RESULTATS	50
V.1 Résultats du questionnaire administre aux mères, pères, tuteurs/tutrices des enfants et les chefs de ménages.....	50
V.1.1 Données sociodémographiques.....	50
V.1.2 Connaissances et Perceptions des parents sur la malnutrition aigue.....	52
V.1.2.1 Connaissances générales des enquêtes sur la malnutrition aigue.....	51
V.1.2.2 Perception des enquêtés sur la gravité de la malnutrition	56
V.1.3 Connaissances Attitudes et Pratiques vis-à-vis des programmes de nutrition communautaire.....	56
V.2 Résultats du questionnaire administre aux agents de sante communautaire(ASC)	61

V.2.1	Connaissance des ASC en matière de nutrition	61
V.3	RESULTATS DU QUESTIONNAIRE ADMINISTRE AUX INFIRMIERS CHEF DE POSTE RESPONSABLE SMI PEDIATRE CREN	64
V.3.1	Caractéristiques générales des enquêtés.....	64
V.3.2	Mise en œuvre des activités de nutrition communautaire.....	64
V.3.3	Appréciation du niveau d'adhésion des ménages	64
V.3.4	Aspects de management : capacités des agents et disponibilité des supports IEC dans la mise en œuvre des programmes de nutrition communautaire.....	65
V.3.5	Difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des programmes de nutrition communautaire.....	65
V.3.6	Disponibilité des supports IEC et canaux de communication... ..	66
V.3.7	Raisons de non adhésion des ménages	66
VI	DISCUSSION ET SYNTHESE DES RESULTATS	67
VI.1	DISCUSSION	67
VI.1.1	De la validité de l'étude et de l'atteinte des résultats	67
VI.1.1.1	De la validité de l'étude.....	67
VI.1.1.2	De l'atteinte des résultats.....	68
VI.1.2	Informations sociodémographique.....	68
VI.1.3	Connaissances et Perceptions des parents sur la malnutrition aigue 71	
VI.1.4	Connaissances, attitudes et pratiques des ménages vis-à-vis des programmes de nutrition.....	72
VI.1.5	Connaissances des ASC en matière de nutrition.....	73
VI.1.6	Rôle des ASC dans la mise en œuvre des programmes de nutrition communautaire.....	73
VI.1.7	Activités d'IEC en faveur des activités de nutrition communautaire	74
VI.1.8	Suggestion pour la mise en œuvre des activités de nutrition communautaire.....	74
VI. 2	SYNTHESE DES RESULTATS.....	75
VIII	RECOMMANDATIONS	77
CONCLUSION		78

BIBLIOGRAPHIE	79
Annexes	83

DEDICACES

A mon père, à ma mère : vous m'avez engendré. J'ai reçu de vous une éducation qui m'a permis d'être ouvert à un monde en perpétuelle mutation. Ce que je ne puis oublier, c'est ce sacrifice que vous avez consenti pour que je sois ce que je suis aujourd'hui. Trouvez dans cette œuvre un motif de satisfaction morale.

A mes frères et sœurs : Je demeure convaincu que l'amour fraternel est le gage d'une vie de paix et de cohésion familiale. Ce travail est le fruit de votre soutien, recevez mes sincères remerciements.

A mon épouse : L'amour vaut mieux que le vin ; toi qui a accepté endurer avec moi les épreuves rencontrées pendant les deux années d'études. Ce travail est aussi la tienne.

A mes enfants P. Esther, W. Benaja R. Sara. : Que ce travail vous soit un modèle pour que vous cherchiez à mieux faire que votre père.

A tous ceux qui aiment Dieu et leur prochain.

REMERCIEMENTS

Ma gratitude sans cesse renouvelée et mes sincères remerciements à tous ceux ou celles qui, d'une manière ou d'une autre, nous ont soutenu dans cette étude.

Particulièrement à :

- ✓ **Prof Agrégé Bassadi KAGBARA** Président de l'Université du GROUPE BK
- ✓ **M. Méwinesso TCHANADEMA**, Directeur des programmes de l'IIM et tout son personnel.
- ✓ **M. Innocent KAGBARA** Administrateur délégué de l'IIM/OUAGA
- ✓ **M. Essossinam KADIA** administrateur par intérim de l'IIM/OUAGA
- ✓ **M. Koffi SAMA**, Surveillant général à l'IIM/OUAGA
- ✓ **Docteur Mété BONKOUNGOU** : Médecin entomologiste, Directeur de la prévention par les vaccinations et tout le personnel de la DPV
- ✓ **Docteur Boureima OUEDRAOGO** : Médecin de Santé publique, Chef de service de la surveillance épidémiologique à la direction de la prévention par les vaccinations (DPV). Merci d'avoir accepté diriger ce travail malgré vos occupations personnelles et professionnelles. Vous avez réveillé en nous la rigueur du travail bien fait qui est la vôtre. Pour notre part nous avons fait de notre mieux à bien faire. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde gratitude.
- ✓ **Docteur Isidore MOYENGA** : Médecin épidémiologiste, Directeur régional de la Santé du NORD ; Merci pour les encouragements et vos conseils sans lesquels ce travail serait sans succès.

- ✓ **Docteur Moussa FORO** : Médecin chef de district sanitaire de Yako à pour votre contribution à la réalisation de ce travail.
- ✓ **M. Abdoulaye N. SESSOUMA**, Data manager à la Direction de la prévention par les vaccinations, pour vos suggestions et la confection du masque de saisie et du traitement des données, qui ont été d'un apport considérable dans ce travail.
- ✓ **M. Simplicite Eric P. BONKOUNGOU** Gestionnaire des Hôpitaux à la direction de la prévention par les vaccinations pour son soutien qui, pour mes multiples sollicitations a très souvent fait preuve de compassion pour la fourniture de matériel bureautique.
- ✓ **Tout le personnel de l'IIM** pour la qualité de l'encadrement et les bonnes relations humaines qui ont prévalu tout le long du cycle.
- ✓ **Docteur Jean François BOUDA** ex. Directeur des études de l'IIM à la promotion pour son dévouement à la réussite de notre formation.
- ✓ **M. Jean Noël SAWADOGO** pour son apport non négligeable à la réussite de ce travail.
- ✓ **M. Damien ILBOUDO**, Merci pour vos encouragements multiples et multiformes.
- ✓ **Mme Estelle KIENTEGA/KERE** département scolarité de l'IIM
- ✓ **Mlle Salimata Samira TOUNKARA** Secrétaire à l'IIM
- ✓ **Mme Clarisse KIEN TAGA**. Merci pour le secrétariat
- ✓ A tous mes frères et amis qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire à travers leur prière et soutien multiple et multiforme.

Liste des sigles et abréviations

AMMIE: Appui Morale Maternelle et Intellectuelle de l'Enfant

ASC: Agent de Santé Communautaire

BCG: Bacille Calmette et de Guérin

CCC: Communication pour le changement de comportement

CIN: Conférence international sur la nutrition

CMA: Centre Médicale avec Antenne Chirurgicale

COGES: Comité de Gestion

CREDO: Christian Relief Development Organization

CREN: Centre de Récupération et d'Education Nutritionnelle

CSPS: Centre de Santé et de Promotion Sociale

CSRLP: Cadre Stratégique Régional de Lutte contre la Pauvreté

CVD: Conseil Villageois de Développement

DN: Direction de la Nutrition

DRS: Direction Régionale de Santé

DS: District Sanitaire

ECD: Equipe Cadre de District

EDS: Enquête démographique et de Santé

FAO: Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture

FAR: Femme en Age de Reproduction

HBM: Health Behavior Model

ICP: Infirmier Chef de Poste

IEC: Information Education Communication

IIM: Institut International de Management

INSD: Institut National de la Statistique et de la Demographie

MCD: Médecin Chef de District

MPE: Malnutrition Protéino-Energétique

MSF : Médecins Sans Frontière

MSF: Médecins Sans Frontière

OCADES : Organisation Catholique pour le Développement et la Solidarité

OMD : Objectifs du Millénaire pour le développement

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG: Organisation Non Gouvernementale

OSC: Organisation de la Société Civile

PAM : Programme Alimentaire Mondial

PB: Périmètre Brachial

PCIME: Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant

PDSN: Projet de Développement Santé et nutrition

PEC: Prise en Charge

PEV: Programme Elargi de Vaccination

PIB: Produit Intérieur Brut

PMA: Paquet Minimum d'Activités

PNAN: Plan National d'Action pour la Nutrition

PNDS : Politique Nationale de Développement Sanitaire

PNN: Politique Nationale de Nutrition

PPTE: Pays Pauvre très Endettés

PSAN: Projet de Santé et Nutrition

PSN: Politique Sanitaire Nationale

RGPH: Recensement Général de la Population et de l'Habitat

SMI: Santé Maternelle et Infantile

UNICEF: Fonds des Nations Unies pour L'Enfance

USAID: United States of American International development

Vit A: Vitamine A

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU I : Structuration par groupe d'âge	33
TABLEAU II: Répartition de la population 2010 du district de Yako par groupe cible	38
TABLEAU III : Répartition des partenaires par domaine d'intervention	41
TABLEAU IV : Répartition des enquêtés selon la religion	50
TABLEAU V : Répartition des enquêtés selon le niveau d'instruction (N= 100).....	51
TABLEAU VI : Répartition des enquêtés selon l'âge (N= 100).....	51
TABLEAU VII : Réponses des enquêtés sur la définition de la malnutrition (n=100)	52
TABLEAU VIII : Connaissances des enquêtés sur les causes de la malnutrition... ..	52
TABLEAU IX : Appréciation des connaissances des enquêtés sur les caractéristiques de la malnutrition	53
TABLEAU X : Réponses des ménages sur la vulnérabilité des personnes à la malnutrition (N=100).....	53
TABLEAU XI: Réponses des ménages sur la fréquence de la malnutrition (N=100).....	55
TABLEAU XII: Raisons de la faible adhésion avancées par les ménages	60
TABLEAU XIII : Fréquence des réponses sur la définition de la malnutrition (N= 100).....	61
TABLEAU XIV : Suggestions des ASC pour une meilleure adhésion des ménages aux activités de nutrition communautaire	63
TABLEAU XV : Suggestions des ICP, des responsables de CREN, SMI pour une meilleure adhésion des ménages aux programmes de nutrition communautaire	66

LISTE DES GRAPHIQUES ET FIGURES

Graphique 1 : Répartition des enquêtés selon le sexe (N= 100)	50
Graphique 2 : Connaissances des enquêtés sur les conséquences de la malnutrition...54	
Graphique 3 : Répartition des enquêtés en fonction des connaissances sur la possibilité de guérir ou pas de la malnutrition N=100	54
Graphique 4: Répartition des membres des ménages capables d'influencer la prévention et la prise en charge médicale de la malnutrition.....	55
Graphique 5: Fréquence des comportements et attitudes des ménages lorsqu'ils sont informés pour une séance de sensibilisation sur la malnutrition	57
Graphique 6 : Répartition des membres des ménages qui amènent habituellement les enfants au site de récupération nutritionnelle	57
Graphique 7: Conseils donnés par les agents de santé aux mères ou pères d'enfants malnutris.....	58
Graphique 8 : Appréciation des ménages enquêtés sur le niveau d'adhésion aux activités de nutrition communautaire	59
Graphique 9 : Suggestions des ménages pour une meilleure adhésion des ménages.....	60
Graphique 10: Répartition des ASC selon le niveau d'instruction (N=10).....	61
Graphique 11 : Fréquence des activités de communication en faveur de la nutrition communautaire selon les agents de santé enquêtés	64
LISTE DES ANNEXES	76

Outils et instruments de collecte des données

L'autorisation d'enquête.

DEFINITIONS OPERATIONNELLES DES TERMES

MALNUTRITION AIGÛE : La malnutrition aiguë se définit par un très faible rapport poids/taille (score z inférieur à -3 écarts réduits¹ par rapport à la valeur médiane de référence de l'OMS), par une émaciation visible et sévère ou par la présence d'un œdème nutritionnel. Chez les enfants âgés de 6 à 59 mois, une circonférence du bras inférieure à 110 mm est également une indication

COMMUNAUTE : La communauté se définit comme un groupe d'individus qui vivent ensemble dans des conditions spécifiques d'organisation et de cohésion sociales. Ses membres sont liés à des degrés variables par des caractéristiques politique, économique, sociale et culturelle commune ainsi que par des intérêts et des aspirations communs, y compris en matière de santé et de nutrition.

MENAGE : groupe de personnes qui vivent sous un même toit et qui prennent leurs repas ensemble

NUTRITION COMMUNAUTAIRE : est une approche participative visant la réduction et la prévention de la malnutrition au sein d'une communauté. Elle implique les mères, les familles et la communauté en général dans la réhabilitation de leurs propres enfants malnutris, en utilisant les aliments locaux. C'est une approche fondée sur un certain nombre d'hypothèses et de convictions

PROGRAMME : le programme est un ensemble d'activités inter reliées, de projets conçus et qui utilisent des ressources, les transforment en bien et services en vue d'atteindre des objectifs préalablement déterminés. Il comprend la formulation, la mise en œuvre d'un plan d'action et un processus d'évaluation.

PROGRAMME DE NUTRITION COMMUNAUTAIRE : C'est un ensemble d'activités visant à résoudre les problèmes de nutrition d'une communauté avec la pleine participation de ses membres. Les programmes de nutrition communautaire sont aussi mis en œuvre en milieu rural qu'en milieu urbain

ADHESION : c'est l'attachement et l'intérêt porté par les ménages en participant aux activités de nutrition communautaire. Il s'agit pour les ménages de s'approprier des activités du programme de nutrition tant au niveau individuel, familial que collectif. L'adhésion sous-entend que l'adhérant est inclus, pour faire partir d'un tout.

PROJET : un projet est un ensemble d'activités structurées dans le but d'atteindre un objectif avec des moyens limités et dans un délai bien déterminé. Les projets font généralement partis d'un sous-programme ou d'un programme

RESUME

Plusieurs programmes de nutrition communautaire ont été mis en œuvre au Burkina Faso, avec l'ambition de réduire la morbidité et la mortalité liées à la malnutrition. L'expérience des ONGs Terre des hommes, Médecin Sans Frontière, Groupement Naam sont des cas d'école dans la région sanitaire du Nord notamment dans le district de Yako. Pour qu'un programme de nutrition communautaire soit un succès il faut absolument l'implication de la communauté, voire l'adhésion des ménages aux activités desdits programmes. Mais le constat qui se dégage dans le district sanitaire de Yako est que l'adhésion des ménages aux programmes de nutrition communautaire reste insuffisante.

Notre étude a pour but donc de renforcer l'adhésion des ménages aux activités de nutrition communautaire dans le district sanitaire de Yako. Elle a pour objectif général d'étudier les facteurs déterminant la faible adhésion des ménages aux programmes de nutrition communautaire dans le district sanitaire de Yako

Il s'agit d'une étude transversale descriptive qui a concerné cent (100) ménages choisis au hasard dans dix (10) villages et dans cinq (05) CSPS retenus pour l'enquête. L'enquête a duré deux jours. L'échantillonnage a été aléatoire, l'analyse des données collectées s'est faite avec les logiciels Epi-Info et Excel.

Les résultats montrent que les connaissances des ménages sur la malnutrition, les causes et les conséquences ainsi que la prise de conscience marquée, sur la fréquence et la vulnérabilité de la maladie déterminent l'adhésion des ménages aux activités de nutrition communautaire dans le district de Yako. L'insuffisance de formation/recyclage des professionnels de santé et des agents de santé communautaire utilisés comme des correspondants nutritionnels, l'absence de supports IEC dans les CSPS, l'insuffisance de motivation des agents de santé communautaire sont également des facteurs déterminants l'adhésion des ménages aux activités de santé et nutrition.

L'enquête a également révélé que les maris, ne s'impliquent pas davantage pour la participation des femmes aux activités de nutrition communautaire, en témoigne seulement 3% de père accompagnent leur enfant aux sites de nutrition communautaire.

Les suggestions pour améliorer l'adhésion des ménages aux activités de nutrition communautaire se résument en la motivation des ASC, la formation/recyclage des professionnels de santé. A l'issue de l'étude un plan de communication est recommandé pour renforcer l'adhésion des ménages aux programmes de nutrition communautaire dans le district sanitaire de Yako.

ABSTRACT

Several community nutrition programs have been implemented in Burkina Faso, with the aim of reducing morbidity and mortality related to malnutrition. The experience of the NGOs Terre des hommes, Médecin Sans Frontière, and Groupement Naam are textbook cases in the northern health region, particularly in the district of Yako.

For a community nutrition program to be successful, it is absolutely necessary to involve the community, and even to get the households to join the activities of the said programs. But the observation that emerges in the health district of Yako is that the adherence of households to community nutrition programs remains insufficient.

The aim of our study is therefore to strengthen the adherence of households to community nutrition activities in the Yako health district. Its general objective is to study the factors determining the low adherence of households to community nutrition programs in the health district of Yako

It is a descriptive cross-sectional study which involved one hundred (100) households randomly selected in ten (10) villages and five (05) CSPSs retained for the survey. The survey lasted two days. The sampling was random and the analysis of the collected data was done with Epi-Info and Excel software.

The results show that the knowledge of households on malnutrition, its causes and consequences as well as the marked awareness on the frequency and vulnerability of the disease determine the adherence of households to community nutrition activities in Yako district. The insufficient training/retraining of health professionals and community health agents used as nutritional correspondents, the absence of IEC materials in the CSPSs, and the insufficient motivation of community health agents are also determining factors in household adherence to health and nutrition activities. The survey also revealed that husbands are not more involved in the participation of women in community nutrition activities, as evidenced by the fact that only 3% of fathers accompany their children to community nutrition sites.

The suggestions to improve the adherence of households to community nutrition activities are summarized in the motivation of CHWs, training/retraining of health professionals. At the end of the study, a communication plan is recommended to reinforce the adherence of households to community nutrition programs in the Yako health district.

INTRODUCTION

L'organisation des nations unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) estime que plus d'un milliard de personnes sont sous alimentés dans le monde en 2009[1]. La malnutrition y sévit au sein des populations défavorisées, ses causes favorisantes et déclenchantes étant d'ordre économique et social.

Dans le monde, 62 millions de personnes meurent en moyenne chaque année, dont probablement 58% (soit 36 millions) meurent directement ou indirectement des suites de carences nutritionnelles, d'infection, d'épidémie ou de maladies dans un corps déjà privé de ses forces de résistance et de ses capacités immunitaires par la sous alimentation et la faim. [2]

Selon l'OMS, environ 50% des décès enregistrés chez les moins de 5 ans sont liés à la malnutrition et ceux qui survivent sont souvent en mauvaise santé [3]. L'OMS résume le problème en ces termes : « ...la malnutrition englobe ainsi un large spectre de troubles notamment la dénutrition, les carences nutritionnelles et la suralimentation. Elle tue, mutile, rend aveugle et entrave le développement humain dans des proportions vraiment énormes à l'échelle mondiale... » [4]

Au Burkina Faso, les programmes de nutrition qui ont fait l'objet d'enquête a montré que la malnutrition sous toutes ses formes et à tous les stades est omniprésente avec cependant une prévalence et une gravité particulière au sein de la tranche d'âge préscolaire. En 2009, on enregistrerait les données suivantes en matière de statut nutritionnel chez les enfants de 0 à 5 ans :

- ✓ La prévalence de la malnutrition chronique était de 28,6% (27,2-30,0), avec des différences selon les régions. Elle variait de 19,2% dans la région du Centre à 37,3% dans la région de l'Est. Les régions des Cascades, du Centre Est, de l'Est, du Nord, du Plateau Central et du Sahel présentaient une prévalence atteignant le seuil OMS de 30% définissant l'endémie sévère.
- ✓ La prévalence de l'insuffisance pondérale était de 31,4% (30,0-32,8). Elle variait de 22,6% dans la région du Centre à 37,9% dans la région de l'Est.

C'est dire que toutes les régions présentaient une prévalence dépassant le seuil OMS de 20% définissant l'endémie sévère.

A l'exception des régions de la Boucle du Mouhoun, du Centre, du Centre Sud, et des Hauts Bassins, la prévalence de l'insuffisance pondérale dépassait le seuil d'endémie très sévère de 30%, dit critique. [5]

Chez les femmes en âge de reproduction, l'état nutritionnel de celles-ci ne cesse de s'aggraver malgré l'amélioration des indicateurs sanitaires depuis les dix dernières années. Selon l'enquête démographique et de santé (EDS 2003), 21% des femmes en âge de procréer sont affectées par un déficit énergétique chronique. [6]

Toutes ces données, illustrent l'ampleur du phénomène de la malnutrition au sein de la tranche jeune de nos populations. Elles posent le problème de la mise en œuvre de stratégies efficaces de prévention et de prise en charge de la malnutrition chez les personnes vulnérables dans un contexte socio-économique difficile.

Plusieurs programmes de nutrition communautaire ont été mis en œuvre au Burkina Faso, notamment le PSAN, les programmes de lutte contre la malnutrition au Burkina Faso lancé par les ONGs terre des hommes et MSF. L'expérience a montré que, si la communauté est impliquée dans la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation d'un projet de développement, celui-ci a davantage de chances d'être efficace, viable et pérenne.

La plupart des programmes de nutrition communautaire ont connu une faible adhésion des ménages jusqu'à nos jours. Cette situation se justifierait par certains comportements de mères d'enfants malnutris qui n'amènent pas les enfants dans les centres d'éducation et de récupération nutritionnelle parce qu'elles ont honte. Elles refusent par ailleurs que leurs enfants soient dépistés par les équipes ambulatoires des services de nutrition ; elles cacheraient même les enfants au dos pour éviter le dépistage actif mené par les agents de santé communautaires qui appuient le personnel de santé pour la mise en œuvre des activités de promotion de nutrition communautaire.

Ces types de comportements rendent faible l'adhésion des ménages aux programmes de nutrition communautaire pour la lutte contre la malnutrition aigue sévère.

Où se situent donc, les obstacles à une adhésion des ménages aux programmes de nutrition communautaire? Dans quelle mesure les ménages adhèrent-ils aux programmes de nutrition communautaire ? Voilà autant de questions que tente de cerner la présente étude.

Partant du constat d'une faible participation communautaire aux activités de nutrition au niveau du Burkina Faso, notre étude vise à identifier les facteurs déterminant cette faible adhésion des ménages dans les programmes/projets de nutrition communautaire mis en place à l'échelle nationale et particulièrement dans le district sanitaire de YAKO. Elle sera axée autour des points suivants :

- I. Problématique
- II. Approche conceptuelle
- III. Cadre et champs de l'étude
- IV. Méthodologie
- V. Présentation des résultats
- VI. Discussion et synthèse des résultats
- VII. Recommandations
- VIII. Conclusion

I. PROLEMATIQUE

1.1 Enoncé du problème

La période actuelle est propice pour aborder les problèmes de malnutrition dans la région de l'Afrique au sud du Sahara. En effet, il existe une prise de conscience grandissante de l'impact et des multiples avantages d'une meilleure nutrition sur la santé de l'individu et sur le développement socio-économique durable.

Le sommet mondial pour les enfants et la conférence internationale sur la nutrition (CIN) en 1999 a offert aux gouvernements l'occasion de s'engager publiquement dans le sens d'une diminution de la malnutrition sous ses diverses formes. Les gouvernements font face à ce défi par la mise en place des structures et de programmes appropriés pour aborder la pauvreté et créer des moyens d'existence dans le contexte de politiques macro-économiques solides.[7]

La stratégie employée pour les actions tendant à améliorer la situation nutritionnelle générale des populations dans les pays en voie de développement a évolué au cours des dernières décennies. Les premiers programmes de nutrition qui abordaient les causes de la malnutrition liées à l'alimentation avec la réhabilitation des enfants malnutris ont cédé le pas à des approches plus vastes intégrant les interventions sur la nutrition aux soins de santé primaires et au développement de la communauté.

Les stratégies d'intervention multisectorielles ont été introduites en prenant en considération les liens entre l'agriculture, l'éducation, la situation économique, l'environnement sanitaire, l'hygiène et la nutrition. [8]

Au Burkina Faso, dans le cadre de la prise en charge de la malnutrition, des initiatives ont également vu le jour.

A cet effet, les efforts consentis par le gouvernement pour organiser la lutte contre les répercussions négatives de la malnutrition en termes de morbidité et de mortalité, se sont traduits entre autres, par l'élaboration en 1995 et l'adoption en 2001 d'un plan d'action national d'action pour la nutrition (PNAM).

Le plan national d'action pour la nutrition qui servait jusque là de cadre de référence pour les actions dans ce domaine n'a malheureusement pas bénéficié du soutien des partenaires techniques et financiers du ministère de la santé escompté, pour sa mise en œuvre.

En outre la politique nationale de nutrition a été initiée depuis 2007 afin de mieux organiser, renforcer, fédérer les synergies d'actions et dynamiser les interventions en faveur de la nutrition dans le secteur de la santé [9]. La politique prend en compte la mise en place des programmes de nutrition communautaire. Par ailleurs, cette politique récapitule les actions entreprises tendant à améliorer la situation nutritionnelle parmi lesquelles plusieurs programmes et projets sont intervenus à titre pilote. Ce sont par exemple :

Au titre de la prise en charge de la malnutrition :

- Le projet de surveillance nutritionnelle et interventions dans les provinces du Houet, du Passoré et du Soum (1987-1988) ;
- Le projet pilote de supplémentation en vitamine A (Yatenga, Passoré, Bam, Sanmatenga) ;
- Le PDSN composante lutte contre les carences en micronutriments (1995-2001) ;
- Le programme de renforcement de l'efficacité de la récupération nutritionnelle (Bienum OMS) ;
- Le programme Initiative Micronutriments (MII) ;
- Le projet d'alimentation complémentaire des groupes vulnérables (1996 à nos jours) Projet BKF 4951 et 6129. [10] ;

Au titre de la prévention, les stratégies mises en place concernent :

- la promotion et suivi de la croissance de l'enfant ;
- le suivi de la grossesse ;
- l'éducation nutritionnelle et sanitaire ;
- la supplémentation des femmes enceintes en fer/acide folique ;
- la supplémentation des enfants de 6- 59 mois en vitamine A (sous forme de campagne) ;
- la supplémentation des femmes en post-partum en Vitamine A ;
- la promotion de la consommation des aliments enrichis en iode.

Le district sanitaire de Yako a bénéficié de l'intervention de plusieurs projets et programmes de lutte contre la malnutrition. Ces programmes et projets ont débuté en 1998 et ont eu pour cibles les enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes, les femmes allaitantes et se sont fixés comme objectif l'utilisation de toute opportunité de contact avec les services de santé pour l'évaluation de l'état nutritionnel, la prise en charge des problèmes nutritionnels.

Ainsi les principales stratégies développées par les programmes et projets sont

- Le dépistage des cas de MPE
- La supplémentation en micronutriments (Vitamine A, fer acide/folique, iode)
- La récupération nutritionnelle
- L'éducation nutritionnelle
- La sensibilisation
- La formation des agents
- Etc.

La mise en œuvre de ces programmes et projets s'est traduite par la formation des agents de santé (1998 et 2000), la dotation du district Sanitaire en matériel technique et des produits alimentaires. Les programmes et projets ont été jugé efficaces pour améliorer l'état nutritionnel des enfants et des mères à travers le dépistage des cas et l'enregistrement d'un fort taux de récupération nutritionnelle.

La plupart des programmes et projets de nutrition communautaire continuent d'être réalisées avec des interventions à petite échelle. Cependant l'adhésion des ménages demeure toujours insuffisante.

En effet, selon le plan d'action du district sanitaire de Yako 2010, sur les 16 492 enfants nouvellement vus en consultation de nourrissons sains, on a pu dépister et prendre en charge 6 453 enfants malnutris modérés soit une proportion de 39,12% et 289 enfants malnutris sévères soit une proportion de 1,75%.

Il faut noter que les cas de malnutris sévères sans complications sont pris en charge dans les CSPS et les cas avec complications au CREN du CMA.

Cette prise en charge bénéficie de l'appui de Médecins Sans Frontière et du Programme Alimentaire Mondial. Cependant les bases de données actuelles ne permettent pas de faire la situation de la récupération nutritionnelle.

La mise en œuvre de la prise en charge communautaire des IGR en cours et l'appui de MSF qui intervient dans le cadre de la récupération nutritionnelle depuis 2007 devraient contribuer à réduire les cas de malnutrition. Pourtant autant de problèmes sont révélés par les supervisions intégrées des agents :

- insuffisances dans le diagnostic et l'application du nouveau protocole de PEC de la malnutrition ;
- insuffisance de formation/recyclage des agents de santé en nutrition ;

- insuffisance dans la planification et la mise en œuvre des activités de nutrition communautaire
- Faible adhésion des ménages aux activités de nutrition communautaire

Mais le problème prioritaire retenu est celui de la faible adhésion des ménages aux activités de nutrition communautaire. C'est pour dire que, malgré la mise en œuvre du paquet minimum d'activités en nutrition par les programmes et projets, le constat n'est pas tout à fait satisfaisant dans les ménages.

Les statistiques des trois dernières années montrent qu'un enfant sur deux est guéri des unités de récupérations nutritionnelles. Ce qui est largement en deçà du seuil recommandé par l'OMS qui est d'au moins de 80%. On retiendra que le district sanitaire de Yako a enregistré les taux de guérison suivant : 53,14% en 2000, 30,65% en 2001 et 52,63 en 2002. [11].

De l'analyse de la situation dans le plan d'action nous avons relevé que différentes causes de la malnutrition dans le district sanitaire de Yako sont liées aux:

- aspects organisationnels (management insuffisant des programmes de santé et nutrition, non respect des normes et protocoles de prise en charge de la part de certains agents, insuffisance de formation des agents de santé en nutrition...);
- aspects environnementaux (le faible pouvoir d'achat, la non-disponibilité de fruits/légumes en toute saison, l'irrégularité des pluies);
- aspects comportementaux (comportements inadaptés de la part des parents des enfants malnutris, la méconnaissance de la valeur nutritive de certains aliments locaux, une faible adhésion des ménages aux activités des programmes de nutrition communautaire)

La faible adhésion des parents aux programmes de nutrition communautaire pourrait avoir comme conséquence, une létalité élevée due à la malnutrition au sein de la communauté et de nombreux cas de déperdition au niveau de la surveillance nutritionnelle. Cette déperdition pourrait s'expliquer par une insuffisance de l'implication réelle des ménages pour la réussite des programmes et projets de nutrition communautaire.

Les principaux déterminants de la malnutrition dans le district sanitaire de YAKO sont :

- La faible utilisation des services de santé
- Le faible niveau économique des ménages
- L'insuffisance des mesures d'hygiène et d'assainissement de base
- Les croyances socioculturelles surtout dans l'alimentation des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes et allaitantes.
- L'insuffisance de l'implication des chefs de ménage dans les programmes et projets nutritionnels.

A cet effet, les principaux défis demeurent en ces termes : Quels sont les facteurs-clés de réussite des programmes de nutrition communautaire ? Comment amener les ménages à mieux adhérer aux programmes de nutrition communautaire ?

Afin d'améliorer la participation communautaire des programmes de nutrition, notre travail de recherche s'inscrit dans le cadre d'une recherche sur les interventions des programmes de nutrition communautaire. Il vise à étudier les facteurs déterminant l'adhésion des ménages aux programmes de nutrition communautaire et d'éclairer sur le rôle de la communauté et des organisations de la société civile dans les étapes de la planification, la mise en œuvre, et la mobilisation des ressources locales pour atteindre les objectifs fixés par lesdits programmes et projets.

1.2 Justification de l'étude

Les problèmes nutritionnels constituent un frein au développement socio-économique des ménages et de la communauté entière. C'est pour apporter notre contribution à la lutte contre la malnutrition dans notre pays que nous avons initié cette étude sur les facteurs déterminant la faible adhésion des ménages aux programmes et projets de nutrition communautaire dont la finalité est de proposer de nouvelles approches de prévention de ce fléau.

La faible adhésion des parents d'enfants malnutris aux programmes de nutrition communautaire est également une motivation pour nous, car pendant qu'on parle de l'efficacité des programmes de nutrition il y a plusieurs enfants et femmes enceintes qui souffrent de problèmes nutritionnels dans le monde, en Afrique et au Burkina Faso.

Notre étude s'inscrit aussi bien dans le cadre de la politique nationale de nutrition que dans la dynamique du plan de développement sanitaire d'une part et d'autre part dans la perspective de réalisation des objectifs du millénaire pour le développement notamment ceux relatifs à l'élimination de l'extrême pauvreté et de la faim, et à l'amélioration de la santé maternelle et infantile.

Nous avons porté notre choix sur le ménage parce que celui-là est le milieu structuré par excellence de vie où on peut évaluer les connaissances, les attitudes et les pratiques ou comportements en matière de nutrition.

C'est pour répondre à des exigences académiques que nous avons choisi ce thème pour appliquer la méthodologie de la recherche enseignée à l'Institut International de Management /Ouagadougou (IIM).

1.3 Question de recherche

Quels sont les facteurs déterminant la faible adhésion des ménages aux programmes/projets de nutrition communautaire dans le district sanitaire de Yako ?

1.4 Hypothèse de recherche

Pour répondre à cette question de recherche, nous avons formulé les hypothèses suivantes :

- ✓ Les ménages adhèrent aux programmes de nutrition communautaire s'ils ont des connaissances en matière de nutrition et s'ils perçoivent, la nutrition comme dimension importante dans leur vie ;
- ✓ Les insuffisances dans le management des programmes et projets de nutrition communautaire limitent l'adhésion des communautés dans le processus de planification et de mise en œuvre desdits programmes et projets.

1.5 But et Objectifs de recherche

1.5.1 But de l'étude

Renforcer l'adhésion des ménages aux activités des programmes et projets de nutrition communautaire.

1.5.2 Objectif Général

Etudier les facteurs déterminant la faible adhésion des ménages aux programmes et projets de nutrition communautaire pour la lutte contre la malnutrition aiguë dans le district de YAKO.

1.5.3 Objectifs spécifiques

- Apprécier les connaissances, attitudes et pratiques des ménages en matière de lutte contre la malnutrition aiguë, par la mise en œuvre des programmes de nutrition communautaire ;
- Apprécier le niveau d'adhésion des ménages aux programmes de nutrition communautaire en vue de la prise en charge de la malnutrition aiguë ;
- Déterminer les facteurs liés au management des programmes et projets qui limitent l'adhésion des ménages aux activités de nutrition communautaire ;
- Proposer des actions à mettre en œuvre pour améliorer les interventions en nutrition communautaire dans le district de Yako.

II. APPROCHE CONCEPTUELLE

2.1 Revue de littérature

Les facteurs déterminant la faible participation des ménages dans les programmes de nutrition communautaire ont fait l'objet de plusieurs publications. Notre revue de littérature s'articule autour des points suivants :

- Généralités sur la gestion des programmes/projets de nutrition communautaire ;
- Finalités et buts des programmes ou de projets de nutrition communautaire ;
- Facteurs influençant la réussite des programmes de nutrition communautaire ;
- Ecrits antérieurs relatifs à l'adhésion de la communauté aux programmes/projets de nutrition communautaire.

2.1.1 Généralités sur la gestion des programmes/projets de nutrition communautaire

Les projets sont un ensemble de tâches indissociables permettant de répondre à un besoin exprimé. Ils comprennent également des ressources nécessaires à leurs réalisations, ils ont une durée finie, caractérisés par une date de début et une date de fin. Ils peuvent être multi techniques, mono-techniques, collectif ou individuel qui impliquent nécessairement des acteurs provenant des groupes, d'institutions et de communautés variées qui n'ont pas l'habitude de travailler ensemble. Ceci s'accompagne souvent de problèmes de coopération et de participation active des acteurs. Mais l'implication reste indispensable pour un projet réussi.

Pour ce qui concerne les projets de nutrition communautaire, leur réussite repose sur l'incorporation de certains éléments cruciaux tels que l'engagement politique, la mobilisation et la participation de la communauté et le développement des ressources humaines dès leur conception (USAID, 1989), (SCN News, 1997).

Pour qu'un programme puisse produire une amélioration nutritionnelle, il faut accorder assez d'attention aux méthodes et processus utilisés dans la planification et la mise en œuvre, notamment leurs capacités à aboutir à un développement communautaire durable. [12]

La gestion de projets de nutrition communautaire est sensible aux facteurs internes et externes. Leurs connaissances peuvent contribuer à améliorer l'implication des ménages dans les programmes de nutrition communautaires. La non prise en compte des facteurs d'implication et de coopération des communautés peut être un échec dans la conduite des projets de nutrition.

Bien que de nombreux programmes de nutrition communautaire incluent maintenant des objectifs relatifs à la responsabilisation de la communauté par le renforcement de compétences, la réussite des projets de nutrition communautaire dépend du degré de participation de la communauté. [13]

- **Expérience des groupements NAAM au Burkina Faso**

Dans son mémoire en Santé Publique, OUEDRAOGO B. (1995) a relevé que l'expérience communautaire des groupements NAAM, au Nord du Burkina Faso, dans la lutte contre la malnutrition aigüe repose essentiellement, sur une approche d'implication locale, en créant des centres de réhabilitation nutritionnelle et en formant des membres de la communauté afin de prévenir, détecter et faire prendre en charge les cas de malnutrition aigus. Les femmes du village viennent avec leurs enfants chaque matin au centre d'éducation et de réhabilitation nutritionnelle (CREN) avec leurs produits locaux.

Elles sont encadrées par une animatrice formée. L'animatrice fait d'abord une causerie avec un thème bien précis et prépare avec les femmes, une bouillie enrichie à base des produits locaux. Cette bouillie est donnée aux enfants. Ensuite l'animatrice pèse les enfants avec une bande de THIOL pour apprécier l'état nutritionnel des enfants.

Au retour au village (à domicile), les femmes préparent la bouillie pour leurs enfants. Mais si un enfant est au rouge (malnutri sévère) il est référé chez un pédiatre au CREN. Cette approche communautaire des groupements NAAM permet aux membres de la communauté de s'approprier et de faciliter la transmission pérenne de bonnes pratiques nutritionnelles. [14]

- **Expérience de l'ONG Terre des hommes au Burkina Faso**

L'expérience de Terre des hommes (Tdh) dans le domaine des projets de nutrition et de santé maternelle et infantile au Burkina Faso a débuté en 1986 en axant principalement son intervention sur la récupération d'enfants sévèrement ou modérément malnutris et sur l'éducation en hygiène et santé de leurs mamans.

La nécessité de développer des actions au sein même des villages avoisinants a entraîné la mise en œuvre d'une stratégie avancée dans une soixantaine de villages dans lesquels sont régulièrement réalisées des activités de dépistage et prévention de la malnutrition, des activités de suivi de la croissance des enfants, des séances d'Information, d'Education et de Communication (IEC) avec des démonstrations culinaires, des visites à domicile et des séances de vaccination.

2.1.2 Finalités et buts des programmes ou de projets de nutrition communautaire

Le secteur de la nutrition communautaire vise la définition des problèmes nutritionnels d'une communauté et de leurs facteurs d'influence, en vue de développer des interventions pertinentes pour améliorer la santé nutritionnelle, dans un contexte de promotion de la santé. Pour faire face à l'insécurité alimentaire et à la malnutrition dans la région du sahel, l'ONG Eau Vive, qui est une ONG française de solidarité internationale, a initié à la demande des communautés rurales un programme de nutrition communautaire et sécurité alimentaire durable dans la région du sahel (PNUCSAD).

Ce programme qui a démarré en janvier 2008 pour une durée de 3 ans se donne pour objectif de réduire durablement la malnutrition en mettant en place des stratégies préventives endogènes. [15]

2.1.3 Facteurs influençant la réussite des programmes de nutrition communautaire

Les stratégies communautaires qui réussissent ont plusieurs caractéristiques communes et leur mise en œuvre dépend du contexte local. Le fait de déterminer les facteurs de succès est non seulement une manière positive d'évaluer les programmes et d'apprendre par la pratique, mais aussi une solution nettement plus aisée que d'essayer de séparer des facteurs contextuels les éléments qui n'ont pas fonctionné dans un programme communautaire.

En conséquence, si un certain nombre de problèmes de gestion des programmes de nutrition paraissent communs aux partenariats communautaires de soins de santé primaires, le présent chapitre vise avant tout à définir et à expliquer les principes communs des initiatives couronnées de succès. [16]

Les principaux facteurs de réussite suggérés par les données et par l'expérience sont présentés ci-après et résumés plus bas.

- Organisation et participation communautaires cohésives englobant tous les membres de la communauté.
- Appui et incitations aux agents de santé communautaire.
- Encadrement adéquat des programmes.
- Garantie de financement.
- Intégration des programmes communautaires dans les services au niveau du district et dans les politiques nationales.

Chacun de ces principes est résumé brièvement dans les pages suivantes.

- Organisation et participation communautaires cohésives englobant tous les membres de la communauté

Une organisation cohésive et inclusive est un gage de réussite pour les partenariats communautaires. Les communautés fonctionnent selon des normes et des pratiques établies, souvent bien ancrées dans l'héritage social, religieux ou culturel.

Les programmes respectant cet héritage se sont révélés être les initiatives communautaires les plus réussies en matière de soins de santé et d'alimentation.

En Asie, par exemple, les initiatives à grande échelle introduites au Bangladesh (BRAC), en Inde (Jamkhed et autres), au Pakistan (Lady Health Workers) et dans d'autres pays ont été menées sous l'impulsion d'organisations locales – souvent des associations féminines.[16].

L'organisation ne suffit pas à elle seule pour créer un changement durable. Pour être réellement efficace et de portée universelle, la participation communautaire ne doit exclure personne sur le plan social. Sachant que la structure et la composition des communautés sont souvent hétérogènes, établir un partenariat communautaire qui est une source de cohésion sociale peut représenter un véritable défi.

Les activités de sensibilisation et de communication sont indispensables pour permettre aux organisations communautaires d'exprimer leurs préférences et leurs besoins en matière de soins de santé, de nutrition, d'approvisionnement en eau et de services d'assainissement. Une fois qu'un programme a été lancé et mis en œuvre, les membres de la communauté doivent veiller à ce qu'il progresse dans le sens de leurs objectifs déclarés, individuels et collectifs. Il importe également d'évaluer régulièrement la pertinence des programmes au fil du temps [17].

- **Appui et incitations aux agents de santé communautaires**

Les agents de santé de la communauté font partie intégrante des programmes communautaires, servant d'intermédiaires entre les professionnels de la santé et la collectivité, et aidant les communautés à définir et à satisfaire leurs propres besoins de santé. Les agents de santé communautaires sont généralement les principaux vecteurs de soins, d'éducation et de conseils, notamment par le biais des visites à domicile.

En outre, ils fréquentent les établissements de santé locaux, se procurent et fournissent des médicaments et autres produits essentiels, participent à des assemblées communautaires et assument leurs responsabilités quant à la gestion des programmes.

Ils endossent souvent d'autres rôles consistant notamment à participer à des séances locales et régionales de formation et de synthèse, et à représenter la communauté dans les discussions avec d'autres communautés et avec le personnel de santé gouvernemental.

Parce qu'ils sont en contact avec des enfants vulnérables souvent privés d'accès aux services de santé de base, les agents de santé communautaires ont largement contribué à améliorer la survie des enfants dans plusieurs pays, par exemple l'Équateur, l'Éthiopie, la Colombie et le Népal.

Les initiatives de passage à plus grande échelle menées avec succès dans le monde en développement confirment la capacité des agents de santé communautaires à offrir des services de santé équitables aux enfants qui vivent dans des zones reculées, et à contribuer à combler les lacunes des services de santé officiels. Les initiatives visant à élargir les programmes impliquant des agents de santé communautaires, peuvent se heurter à des obstacles et à des blocages. L'une des plus grandes difficultés consiste simplement à conserver une structure et un nombre de participants suffisants.

Les programmes existants, indépendamment de leur échelle, rencontrent des problèmes au niveau de la formation, de la supervision et des liens avec les communautés qu'ils prétendent desservir. Des problèmes semblables ont été identifiés en Inde, au Sri Lanka et en République Unie de Tanzanie [18].

Ce phénomène peut s'expliquer par différents facteurs. Les responsabilités d'un agent de santé communautaire exigent du temps et des ressources financières et entraînent parfois des coûts d'opportunité considérables. Les agents de santé communautaires, en particulier ceux qui travaillent bénévolement ou qui sont payés en partie ou totalement en nature, ont souvent des obligations à remplir et ont besoin d'un revenu pour subvenir aux besoins de leur famille. Lorsque la tâche des agents de santé est trop prenante et exige trop de ressources, leur travail s'en ressent et ils risquent d'abandonner les partenariats communautaires.

La durabilité des programmes reposant sur les agents de santé communautaires passe par la mise en place d'un ensemble d'incitations suffisamment attrayantes pour les retenir. Ces incitations varient selon le contexte et les attributions de ce personnel au sein de la communauté.

Les incitations requises pour retenir et motiver les agents de santé communautaire ne sont pas nécessairement financières. Les résultats décevants des évaluations de la formation des agents de santé et de leur déploiement à grande échelle après Alma Ata montrent bien qu'une bonne gestion des programmes et des stages de

perfectionnement garantit mieux l'efficacité des agents à long terme que la formation initiale. [19].

La participation et le soutien actifs des membres de la communauté sont des facteurs essentiels de réussite et de pérennité des programmes impliquant des agents de santé communautaire dans le monde entier. Aux Philippines, par exemple, les agents de santé travaillant au niveau du barangay, la plus petite entité politique du pays, sont devenus un véritable moteur de l'amélioration de la survie des enfants.

Ce succès a été encouragé par le Barangay Health Workers' Benefits and Incentives Act de 1995, dont les dispositions portent entre autres sur les allocations de subsistance, l'épanouissement professionnel et des programmes spéciaux de formation, ainsi qu'un accès préférentiel aux prêts.

De la même manière, un programme mis en place dans le Ceara, au Brésil, appliquant un système décentralisé qui permet aux agents de santé communautaires d'avoir un revenu mensuel confortable (deux fois plus élevé que la moyenne locale), a engendré des progrès considérables en matière de santé infantile, notamment une baisse de 32 % de la mortalité des enfants [20].

- **Encadrement adéquat des programmes**

L'encadrement des partenariats communautaires axés sur les soins de santé primaires peut combattre le sentiment d'isolement des agents de santé communautaires et contribuer à maintenir leur intérêt et leur motivation, réduisant ainsi les risques de départ. La fonction de superviseur incombe souvent aux agents de santé qualifiés qui sont attachés ou étroitement liés à un établissement de santé, ce qui alourdit une charge de travail déjà considérable. Les superviseurs doivent eux-mêmes être formés pour acquérir les compétences nécessaires à la supervision d'un programme communautaire.

Il arrive que des contraintes en matière de ressources – humaines, financières ou organisationnelles limitent la profondeur et l'étendue de cette formation, ce qui signifie que les superviseurs et les agents de santé communautaires se trouvent nettement défavorisés en ce qui concerne la mise en oeuvre et la gestion des programmes. Il est important, pour les deux parties, que les superviseurs se rendent dans les communautés, que ce soit pour la formation sur le tas ou l'apprentissage

par la pratique, mais ces visites sont souvent compromises par des contraintes financières ou des problèmes de transport. L'administration efficace des programmes communautaires facilite l'évaluation, et le suivi peut aider à rendre la couverture aussi universelle que possible.

Les programmes ont aussi besoin de soutien en termes de logistique, fournitures et équipements. Les agents de santé locaux ont besoin, quant à eux, d'outils, notamment de formation et de produits, pour faire leur travail et conserver leur standing dans la communauté.

Lorsque les communautés sont éloignées de tout établissement de santé susceptible de les soutenir, il apparaît clairement que les programmes sont plus efficaces lorsqu'un calendrier précis des visites des superviseurs et des agents de santé a été établi et que les transports entre les deux sites ont été organisés.

La supervision ne devrait pas être assumée par les seuls fonctionnaires responsables de la santé ; les organisations communautaires ont aussi leur rôle à jouer dans la surveillance des agents de santé et le suivi des résultats des programmes.

Selon des principes largement acceptés par le personnel soignant, il est recommandé que la communauté participe à la sélection initiale des agents de santé, et que ceux-ci acceptent que les membres de la communauté participent à l'identification des priorités et à la planification des projets [21].

- **Garantie de financement**

Le coût de toutes les activités proposées doit être inclus, telles que recherches préliminaires (études de base et évaluation, pré-testing des messages) ; recherche opérationnelle ; sessions de formation ; réunions au sein de la communauté ; création de matériel IEC ; coût des suppléments ; activités de mobilisation et d'information du public ; assistance technique, etc.

De nombreux programmes sont planifiés sans que l'on tienne suffisamment compte de l'origine des ressources financières ni de la manière dont elles sont générées et, en fin de compte, de la pérennité financière du programme. Après avoir fait les estimations de coûts, il faut établir des stratégies de partage des coûts entre les différents partenaires, y compris la communauté.[22]

Une complète autonomie de la communauté quant à la fourniture de ressources nécessaires est le but final permettant d'atteindre la pérennité de tout programme à base communautaire. Cela peut ne pas être tout à fait faisable mais pour que l'efficacité soit durable, il est impératif que la communauté et les agents prestataires de services locaux/ nationaux/du programme, par exemple le gouvernement et les ONG soient la source principale de financement. Lorsque les programmes de nutrition communautaire sont fortement dépendants des ressources extérieures, il faut établir des plans pour réduire progressivement cette dépendance, diversifier la base des donateurs et lier le programme de nutrition communautaire à d'autres programmes existants comme par exemple, le système de soins de santé de l'Etat.[23]

- **Intégration des programmes communautaires dans les services au niveau du district et dans les politiques nationales**

Les partenariats communautaires dans les secteurs de la santé, de la nutrition, de l'eau et de l'assainissement et de la lutte contre le SIDA abondent dans le monde en développement. Leur utilité potentielle n'est pas en cause, cependant divers éléments contribuent à leur succès et, à l'inverse, d'autres facteurs menacent leur viabilité et leur portée.

Deux éléments essentiels soutiennent les initiatives communautaires et assurent leur pérennité : un appui actif de la part des autorités provinciales et centrales, et l'intégration dans les politiques, plans et budgets gouvernementaux. La survie, la santé et la nutrition maternelles et infantiles doivent avoir une place prioritaire dans les plans et les budgets nationaux et décentralisés, et elles doivent être assorties d'objectifs clairs et d'étapes concrètes. Les stratégies en faveur de la survie de l'enfant seront l'aboutissement d'un processus de consultation impliquant des représentants à tous les niveaux.

2.1.4. Ecrits antérieurs relatifs à l'adhésion de la communauté aux programmes/projets de nutrition communautaire

Plusieurs écrits, rapportent sur les facteurs déterminant l'implication des ménages dans les programmes de nutrition communautaire. Le but étant de contribuer à la gestion des projets locaux de nutrition ; on peut retenir à la lumière de ces études et

parmi d'autres, quelques facteurs pouvant influencer l'implication des ménages dans les projets de nutrition communautaires. Il s'agit de :

- **Les facteurs liés au management des projets de nutrition communautaire**

Dans le cadre de l'organisation des services, ZEBI I. (2005) dans son mémoire « les facteurs limitant le suivi de la croissance des enfants de 0 à 5 ans à la SMI du district sanitaire du secteur 22 de Bobo » montre que l'insuffisance dans l'organisation du service notamment le fait que les soins ne sont pas continus, entravait le bon déroulement de l'activité. [24] AOUEHOUGON O. (2007) a montré dans une étude réalisée dans le district sanitaire de Tougan, que seulement 37,5% des plans d'action étaient satisfaisants en ce qui concerne la lutte contre la malnutrition. [25]

- **Les facteurs liés à la compétence des prestataires**

Dans sa thèse de doctorat, « Etude de l'utilisation des fiches de prise en charge nutritionnelle des enfants par les agents de santé de la ville de Ouagadougou » NIKIEMA P.(2003) a montré que la faiblesse de la surveillance de la croissance se traduisait par l'insuffisance de compétence du personnel. Il soutient que le personnel n'arrive pas à suivre la croissance des enfants après 2 ans, de même il présente des difficultés dans l'interprétation pratique de la courbe de croissance des enfants et de dépistage des cas de malnutrition ; ce qui conduit à une insuffisance dans la prise de décisions favorables pour les enfants [26].

LOUGUE D. (2009) dans son mémoire de fin d'étude a fait remarquer que la pesée des enfants dans les services de santé maternelle et infantile est réalisée de manière non efficiente, ce qui pourrait entraîner une faible détection des cas de malnutrition [27]

- **Les facteurs liés aux connaissances des chefs de ménage**

Selon l'enquête démographique et de santé au Burkina Faso(2003), le niveau de connaissance des mères influence l'état nutritionnel des enfants. Les enfants dont la mère n'a aucune instruction sont plus affectés par le retard de croissance staturale. Ils représentent 41% contre 13% pour ceux dont la mère a le niveau secondaire ou plus. L'acquisition d'une certaine instruction par la mère peut l'aider à une meilleure connaissance de la composition équilibrée des aliments et des règles d'hygiène [28].

Cette bonne connaissance de la nutrition et la malnutrition peut être une gage pour l'implication des ménages aux programmes de nutrition communautaire. On peut dire que le niveau de connaissance des chefs de ménage est un facteur déterminant l'implication de ceux-ci dans les programmes et projets de nutrition communautaire. On s'attendra à ce que les prestataires de services de la communauté effectuent une grande quantité de tâches telles que l'animation pour la communauté, transmission et enregistrement de l'information. Ces tâches exigent certaines capacités et compétences qui nécessitent un certain niveau d'instruction.

- **Les facteurs liés au genre**

On a mis l'accent sur la mère et le jeune enfant. Cela peut avoir conduit à donner l'idée erronée que la nutrition n'est pas un problème pour la population en général. Une mère et son enfant ne peuvent prendre le contrôle de leur propre développement sans avoir un environnement qui le leur permette à la fois au niveau du foyer et de la communauté.

Au Sénégal, des femmes choisies parmi les groupes de femmes du district sanitaire de Dioffor ont été formées pour mener une surveillance mensuelle de la croissance des enfants de 6 à 36 mois, et encourager l'amélioration de la manière dont ces mères nourrissent leurs enfants. Ces femmes désignées sous le terme de promotrices de la nutrition organisent des sessions de pesée mensuelle au niveau du village et notent sur un registre les renseignements vitaux sur chaque enfant.

Après avoir pesé l'enfant, la promotrice conseille la mère sur des pratiques d'alimentation appropriées à son enfant, en se basant sur un graphique spécialement élaboré pour ces conseils. La mère est félicitée si l'enfant progresse normalement et les enfants malades sont dirigés vers le service de santé le plus proche.

Cette approche de promotion de la croissance a mené à une plus grande compréhension par les mères des facteurs affectant la croissance des jeunes enfants.

On a observé une réduction marquée de la morbidité infantile et des chefs de communauté ont remarqué un plus grand intérêt de la part de la communauté envers le bien-être de ses enfants. Certains programmes, parce qu'ils visent largement des

femmes en âge de procréer, incluent des critères relatifs au genre en manifestant une préférence pour les agents de sexe féminin. [29]

La revue de littérature, nous a permis de réfléchir à un cadre de référence construit sur quelques approches conceptuelles et de théories. Cette partie sera traitée dans le chapitre suivant.

2.2 Cadre de référence

Plusieurs théories ont tenté d'expliquer l'influence de différentes variables sur le comportement des individus en matière de santé et d'identifier les éléments qui les incitent au changement. Parmi ces modèles théoriques on peut citer :

- Health Belief Model (HBM-modèle des croyances relatives à la santé) ;
- Protection Motivation Theory (théorie de la motivation à la protection ; qui suggère que les individus ont besoin de recevoir un signal pour modifier leur comportement ou pour prendre une décision relative à leur santé) ;
- Theory of Reasoned Action (TRA-théorie de l'action raisonnée) ;
- Theory of Planned Behaviour (TPB-théorie de l'action planifiée) fondées sur l'hypothèse selon lequel le meilleur indicateur prévisionnel du comportement est l'intention comportementale ;
- Transtheoretical Model (modèle des stades du changement ou modèle transthéorique) ;
- Théorie de l'apprentissage social (Bandura).

Notre cadre de référence s'est inspiré de la revue de la littérature et du modèle des croyances relatives à la santé (HEALTH BELIEF MODEL) qui a fait son apparition vers 1950. Cette théorie a été mise au point par Rosenstock en 1974. C'est l'une des théories explicatives les plus anciennes, des comportements sains.

Selon cette théorie chaque individu est capable de choisir des actions susceptibles de prévenir une maladie du fait qu'il possède des connaissances minimales en ce qui concerne sa santé, et ceci dans la mesure où il considère la santé comme une dimension essentielle de sa vie. Le modèle prédit que l'individu va se protéger et promouvoir sa santé s'il croit que :

- il est **susceptible** d'avoir un problème de santé ;
- les conséquences du problème sont **graves** ;
- les démarches suggérées sont bénéfiques à la solution du problème ;
- les bénéfices des démarches suggérées sont plus importants que les obstacles ou les coûts y relatifs.

Comme nous pouvons le remarquer, les études menées ci-dessus ne s'intéressent pas, essentiellement à la faiblesse de l'adhésion des ménages aux programmes de nutrition communautaire. Encore qu'elles se sont intéressées à la seule variable participation communautaire aux soins de santé ; étant donné que les ménages sont des entités très détaillées de la collectivité.

Notre étude sur les « facteurs déterminant la faible adhésion des ménages aux programmes de nutrition communautaire pour la lutte contre la malnutrition aigue » tente de combler les insuffisances des études menées jusqu'ici dans le pays, sur la participation communautaire aux programmes de santé et nutrition. Il ne s'agit pas pour nous, de restreindre le concept participation communautaire à une simple implication tacite de la communauté mais plutôt de s'interroger, sur les facteurs qui déterminent la faiblesse de l'adhésion des ménages aux programmes de nutrition communautaire.

Il s'agit alors de déterminer un comportement, une attitude et des pratiques. A cet effet, le modèle des croyances relatives à la santé (HBM) emprunté à la psychologie sociale est retenu comme le cadre théorique et de référence.

Ce modèle théorique auquel on attache la figure maîtresse de Becker et Maiman (1975), soutient que « l'individu est susceptible de poser des gestes pour prévenir une maladie ou une condition désagréable s'il considère la santé comme une dimension de très grande importance dans sa vie »

A l'origine, le modèle a été formulé, afin d'expliquer pourquoi les gens acceptaient ou refusaient de passer un test de dépistage des maladies asymptomatiques (ex : cancer des poumons) ; par la suite le modèle a été utilisé pour comprendre les comportements associés à la prévention des maladies (ex : la vaccination) et à l'observance des prescriptions médicales. Les applications concernant l'étude des comportements reliés à la santé (ex : habitudes de vie) sont plus récentes.

L'adaptation du HBM à cette étude nous permet d'en saisir les principales variables et de comprendre les corrélations correspondantes, puis d'envisager de déterminer les facteurs qui entrent en jeu dans la décision des ménages à adhérer les programmes de nutrition communautaire. En effet les déterminants sont entre autres :

L'adhésion des ménages aux programmes de nutrition communautaire constitue la variable dépendante. En effet selon le modèle des croyances relatives à la santé, pour que les ménages adhèrent aux programmes de nutrition communautaire il faut premièrement qu'ils se rendent compte que la malnutrition est une menace pour leur santé (la santé des enfants, des femmes etc.), deuxièmement que les programmes existants ou préconisés sont efficaces pour réduire la malnutrition ; c'est-à-dire réduire la menace.

En d'autres termes, selon le modèle HBM, les ménages devraient prendre la décision d'adhérer aux activités de nutrition communautaire de façon régulière s'ils réalisent que la malnutrition représente une menace pour la santé (marasme kwashiorkor etc.) et s'ils évaluent que la promotion de la nutrition communautaire permettrait de diminuer les risques de développer des maladies liées aux carences nutritionnelles.

Toutefois, d'autres facteurs peuvent influencer l'adhésion des ménages aux programmes de nutrition communautaire parmi lesquels on peut citer :

- Les facteurs liés aux connaissances et perceptions de la vulnérabilité et la gravité de la malnutrition ainsi que des bénéfices issues de l'action des programmes de nutrition communautaire
- Les pesanteurs socioculturelles et économiques des chefs de ménages
- Les facteurs liés au management de projets nutritionnels
- Les facteurs liés au genre

Définition des variables

Dans le modèle de Health Belief Model, 5 variables vont influencer le comportement de santé

- **La vulnérabilité perçue** : c'est la perception subjective du risque d'avoir un problème de santé
- **La gravité ou la sévérité perçue** : c'est le sentiment qui concerne la gravité ou la sévérité de la maladie si elle est contractée et non traitée
- **Les bénéfices perçus** : ce sont les croyances envers l'efficacité des actions disponibles pour réduire la menace de la maladie
- **Les obstacles perçus** : concernent les aspects physiques, psychologiques et financiers liés à l'action de santé

- **Les inducteurs d'actions** : rendent compte, des rappels sur un problème de santé (pas toujours inclus) qui sont soit externes (recommandations de médecin, infirmière, campagnes médiatiques, réseau social) ou internes qui représentent les symptômes. (mais pas dans le cas des actions de prévention)

Les relations entre les variables

Des facteurs ci-dessus décrits, nous pouvons retenir que l'adhésion des ménages aux programmes de nutrition communautaire est dépendante de l'interaction entre les différentes variables. En effet, l'implication des ménages dans un projet de nutrition communautaire exige en plus des croyances, des perceptions relatives à la santé, une bonne organisation des services avec des outils d'évaluation du programme performants, capables d'apprécier la sensibilité des communautés face à leurs besoins.

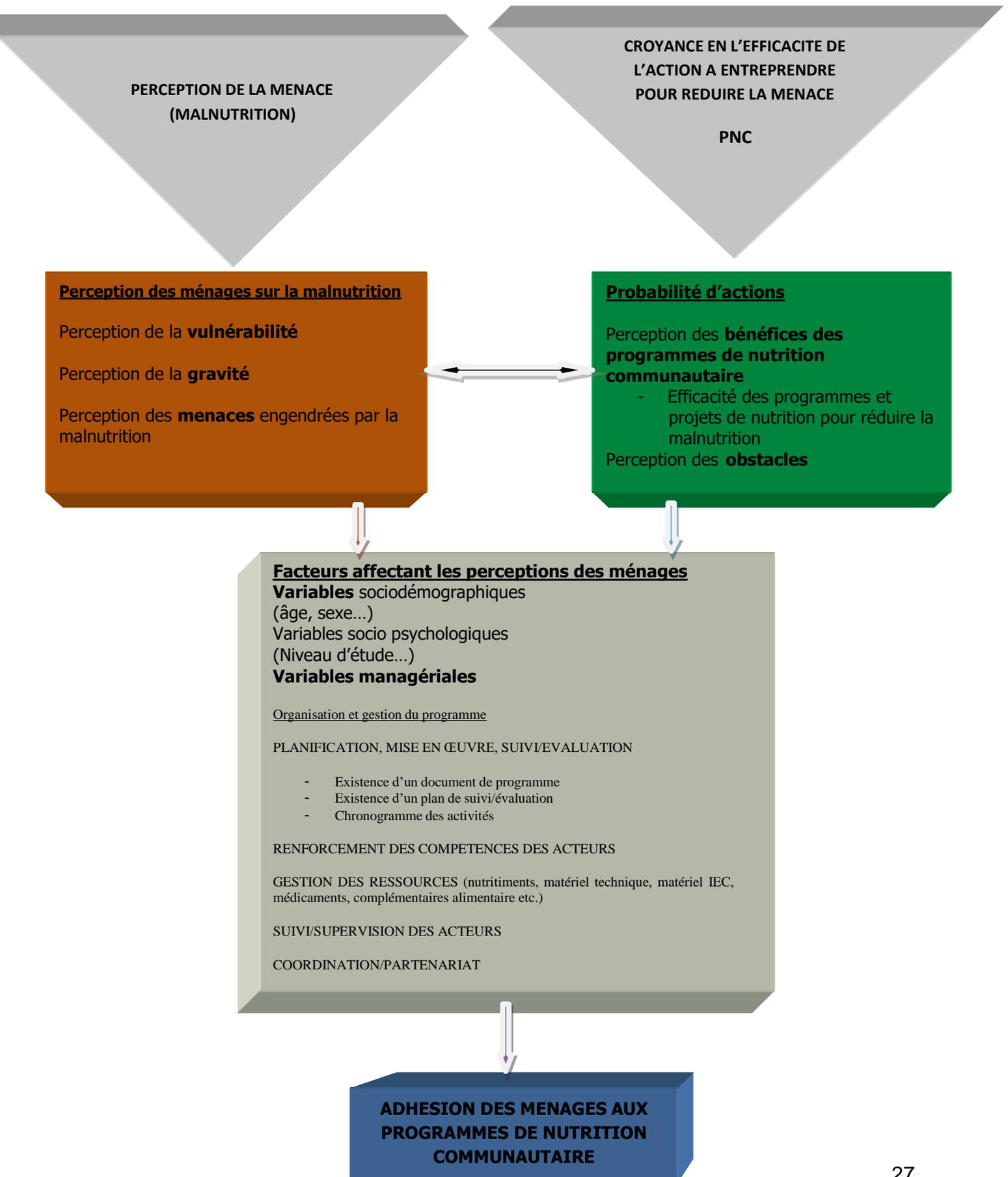
Résumé/conclusion de la revue littéraire

Au terme de notre revue littéraire, l'ensemble des documents parcourus soutiennent, que l'adhésion des ménages aux programmes de nutrition communautaire dépend en partie de l'organisation managériale du programme mis en place, des facteurs liés au genre, des facteurs socioculturels et économiques des ménages qui ont pris la décision d'adhérer au projet de nutrition communautaire.

Les connaissances et les perceptions de la malnutrition, sa vulnérabilité, son ampleur, sa gravité, les bénéfices qu'apportent lesdits programmes susceptibles de réduire la menace, déterminent l'adhésion ou non, des ménages. En effet, pour engager la communauté à adhérer aux programmes de nutrition communautaire, il est pertinent de donner l'information qui permettra aux ménages de connaître l'ampleur du phénomène, de réaliser que la malnutrition est un problème sérieux ; enfin, de savoir que les programmes élaborés, apportent des actions efficaces contre la malnutrition au sein de la communauté.

Il faut toutefois souligner quelques limites du modèle de HBM : Le modèle se base sur les croyances pour expliquer les comportements alors que qu'il y a d'autres facteurs qui peuvent jouer (facteurs émotionnels, peur, fatalisme, goût de la congruence sociale ...). Le modèle s'appuie également sur le fait que les individus décident de s'engager dans des comportements de santé de façon rationnelle ou consciente. Schématiquement notre cadre de référence se présente comme suit.

SCHEMA DU CADRE CONCEPTUEL



III CADRE ET CHAMPS DE L'ETUDE

3.1 Présentation du Burkina Faso

3.1.1. *Données géopolitiques*

Le Burkina Faso est un pays enclavé situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest dans la boucle du Niger. C'est un pays sahélien qui s'étend sur une superficie de 272.967,49 km² entre les 9^e 20 et 15^e 54 degré de latitude Nord et les longitudes 2.20° Est et 5°30 Ouest (source en rapport avec le PNDS II). Il partage ses frontières avec :

- le Mali au Nord et à l'Ouest ;
- la Côte d'Ivoire, le Ghana, le Togo et le Bénin au Sud ;
- le Niger à l'Est.

Le climat tropical de type soudanien alterne avec une saison sèche d'octobre à avril et une saison pluvieuse de mai à septembre. La végétation est de type soudano-sahélien.

Cette période est aussi celle des grandes chaleurs et de l'harmattan avec leur corollaire d'épidémies. La position géographique du pays fait qu'il est classé dans la ceinture méningitique.

Depuis 1991, le pays s'est doté d'une nouvelle constitution qui a permis l'installation de la démocratie et du multipartisme. Ce régime constitutionnel comprend trois pouvoirs : l'exécutif, le législatif et le judiciaire.

Le territoire national est découpé en 13 régions administratives, regroupant 45 provinces. Chaque province est subdivisée en départements et on dénombre 351 départements/communes dont 302 rurales et 49 urbaines avec environ 8228 villages.

La région et la commune sont des collectivités locales dotées de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Le processus de décentralisation administrative est effectif depuis 2004 avec la communalisation intégrale.

3.1.2. Données démographiques

La population du Burkina Faso était de 14 017 262 habitants selon le recensement en 2006. Le rythme de croissance est d'environ 3,42% en 2006. Les différentes proportions de cette population sont:

- femmes 51,7% ;
- enfants de 0-11 mois 3,3% ;
- sujets jeunes de 15-49 ans 43% ;
- sujets de plus de 65 ans 3,3%.

La population burkinabè est essentiellement jeune. En effet, les sujets de 0 -14 ans représentent 46,6%. Le taux brut de natalité est estimé à 45,8 pour mille, celui de la mortalité générale de 11,8 pour mille et de la morbidité de 8,4 pour mille. L'espérance de vie à la naissance est de 56,7 ans(source INSD/RGPH 2006).

Le Burkina Faso est un pays de forte migration interne et externe. A partir de 2009, les proportions de populations sont préalablement déterminées annuellement pour les régions et les districts par la Direction générale de l'information et de la statistique sanitaire (DGISS).

Tableau I : Structuration par groupe d'âge

Groupe d'âges	Pourcentages (%)
0 – 11 mois	4,15
0- 5 ans	19,16
9 mois à 14 ans	43,48
Femmes en Age de Reproduction	22,8
Femmes Enceintes	5

(Source : RGPH/2006)

La population vit à près de 80% en milieu rural. La densité de la population est de 51,4 habitants au km² avec de grandes disparités entre les régions

3.1.3. Données socio-culturelles

La population du Burkina comprend une soixantaine de groupes ethnolinguistiques. Les Mossis représentent 48,5% de la population. Les principales langues parlées sont le moré, le dioula et le fulfuldé. La langue officielle est le français. Les principales religions sont : l'islam 60,5%, le christianisme 23,2% et l'animisme 15,3%.

Le taux brut de scolarisation dans l'enseignement de base est passé de 56,8 % en 2004-2005 à 76 % pour la rentrée scolaire 2009-2010. En 2008, le taux de scolarisation chez les filles était de 67,9% et de 76,8% chez les garçons.

Le taux d'alphabétisation des adultes au niveau national est passé de 25% en 2003 à 26,2% en 2006. (Annuaire statistique 2009-2010, DEP-MEBA).

3.1.4 Situation économique

Au plan économique, la croissance du PIB est en moyenne de l'ordre de 6% entre 2000 et 2005. Les Enquêtes basées sur les conditions de vie des ménages (EBCVM) réalisées sur la base des dépenses relatives aux besoins fondamentaux en 1994, 1998 et 2003 par l'INSD montrent que les seuils de pauvreté sont respectivement de 41 099 FCFA, 72 690 CFA et 82 672 FCFA par adulte et par an.

La pauvreté qui apparaît comme un phénomène de masse au Burkina Faso frappe principalement le milieu rural qui a contribué pour 96%, 93,9% et 92,2% à la pauvreté nationale respectivement en 1994, 1998 et 2003.

Selon le rapport mondial sur le Développement Humain Durable de 2009, le Burkina Faso est placé au 177ème rang sur 182. L'économie du pays repose essentiellement sur l'agriculture et l'élevage qui absorbent plus de 90% de la population active et contribuent pour 40 % au PIB et 55 % environ dans le total des exportations.

3. 2 Cadre de l'étude : district sanitaire de Yako

3.2.1 Présentation générale du district

3.2.2. Données administratives

Le District sanitaire de Yako se confond à la province du Passoré qui comprend neuf départements que sont Arbollé, Bagaré, Bokin, Gomponsom, Kirsi, Latoden, Pilimpikou, Samba et Yako. Sur le plan administratif, la province est dirigée par un haut commissaire qui est le président du Conseil de santé du district et du comité de gestion des épidémies. Il est représenté dans les départements par les préfets qui sont également membres des deux comités sus cités.

Le district sanitaire de Yako forme avec les districts de Gourcy, Séguénégué, Titao et Ouahigouya, la région sanitaire du Nord.

Dans le cadre de la communalisation intégrale, il existe 9 communes dont une urbaine (Yako) et huit rurales dirigées chacune par un maire élu par le conseil municipal. Les formations sanitaires sont transférées aux communes depuis mars 2009. Toute cette organisation administrative nous aide à prendre en compte les besoins de santé de 207 villages administratifs et 07 secteurs.

3.2.2. Données géographiques

L'aire du district sanitaire de Yako est de 4078 Km². Il est situé à 110 Km de la capitale Ouagadougou sur l'axe Ouaga-Ouahigouya (R.N n° 2) et à 75 Km du chef lieu de région Ouahigouya. Le district de Yako est limité au nord par les districts sanitaires de Gourcy (Province du Zondoma) et de Séguénéga (Province du Yatenga) ; à l'est par les districts sanitaires de Kongoussi (Province du Bam), de Kaya (Province du Sanematenga), de Ziniaré (Province de l'Oubritenga) et de Boussé (Province du Kourwéogo), au Sud par le district sanitaire de Nanoro (Province du Boulkiemdé), à l'ouest par les districts sanitaires de Toma (Province du Nayala) et de Réo (Province du Sanguié).

La province fait partie de la zone Soudano Sahélienne avec un relief très accidenté surtout dans sa partie sud comprenant les aires sanitaires de Pilimpikou, Konan, Bouré. Certaines FS périphériques du premier échelon sont inaccessibles en saison pluvieuse. La plupart des pistes qui relient les CSPS aux villages où sont menées des activités de prévention sont impraticables pendant la saison pluvieuse (bas fonds occupés par des eaux ; sols difficilement praticables).

Ce mauvais état des voies de communication est source de multiples problèmes : amortissement rapide de la logistique roulante, difficulté de réaliser les activités en stratégie avancée, difficulté d'évacuer les malades vers les CSPS et le CMA.

Les sols cultivables sont rares et pauvres car en général épuisés suite à une utilisation continue sans apport de fertilisants, favorisant les contre performances agricoles. Les pluies sont très capricieuses d'une année à l'autre et la pluviométrie est entre 450mm et 700mm d'eau par an. Cette variation de la pluviométrie dans le temps et dans l'espace rend la production agricole très aléatoire. Les variations de température sont très grandes de 17° minimum à 43° maximum.

Sur le plan hydrographique, il existe quelques retenues d'eau (barrages artificiels, bas – fonds). Seul le barrage de «Toessin» communément appelé barrage de Kanazoé est permanent et permet de mener des activités de cultures maraîchères.

Dans les villages, on rencontre de nombreuses petites retenues d'eau temporaires utilisées pour la plupart à des buts pastoraux et domestiques. Ces retenues d'eau favorisent la transmission de maladies comme la schistosomiase. Elles constituent également des gîtes larvaires à l'origine du paludisme et d'autres maladies parasitaires.

3.2.3 Données démographiques

La population est estimée à 346 386 habitants en 2010 (RGPH 2006) avec une densité moyenne de 85 habitants/km² et un taux d'accroissement de 1,7% par an. Selon le document du cadre stratégique régional de lutte contre la pauvreté (CSRLP 2003), le taux d'émigration est plus élevé (1,9%) au Passoré que dans les autres provinces du Nord. Des mouvements saisonniers de population sont également observés à l'intérieur de la province. Ces déplacements de populations qui répondent à des besoins de terres cultivables et/ou d'élevage entraînent une non maîtrise des populations cibles par les services de santé.

Sur le plan de la mortalité, le district sanitaire de Yako, présente la même configuration que la situation dans la région du Nord. En effet, selon l'EDS de 2003, la mortalité infanto juvénile est de 231‰ comparativement à la moyenne nationale qui est de 184‰.

Le taux brut de natalité est de 41,2‰ contre 46,1‰ pour le Burkina

L'espérance de vie est d'environ 54 ans

Le taux de mortalité est de 16,4‰ contre 14,8‰ pour le Burkina,

Le taux de fécondité 210,7‰ contre 213‰ pour le Burkina

Tableau II : Répartition de la population 2010 du DS de Yako par groupe cible

Groupes cibles	Proportion	Nombre
Population totale		346 386
Moins de 15 ans	46,37%	160 619
Population cible BCG	4,60%	15 934
Population cible du PEV (0-11 mois)	4,59%	15 899
Enfants de moins de 5 ans	18,78%	65 061
Population cible Vit A (6-59 mois)	16,61%	57 535
Population des FAR (15-49 ans)	23,56%	81 609
Grossesses attendues	5%	17 319
Accouchements attendus	4,60	15 934

Source : données du district de Yako

Le district a une forte proportion de femmes et de jeunes de moins de 15 ans constituant les populations les plus vulnérables.

3.2.4 Données économiques

Le district sanitaire est situé dans la zone III de pauvreté. La principale activité économique est l'agriculture, elle occupe la majorité de la population qui est essentiellement rurale. C'est une agriculture de consommation basée sur le petit mil, le sorgho et le maïs. En saison sèche, les populations s'adonnent à la culture maraîchère aux abords du barrage de « Toessin ». L'irrégularité et/ou la mauvaise répartition des pluies, la pauvreté et la dégradation continue des sols, les exploitations peu mécanisées sont autant de raisons qui pourraient expliquer les déficits céréaliers que connaît la province.

L'élevage, constitue la deuxième ressource économique de la Province. L'exploitation du cheptel est dominée par un système d'élevage extensif. Le cheptel comprend les espèces animales suivantes : les bovins, les ovins, les caprins, les porcins, les asins, la volaille.

La production animale est principalement destinée à la vente (90%). Il n'y a pas de marché de bétail dans la Province. L'insuffisance d'immunisation de ce cheptel entraîne la persistance de certaines zoonoses (la maladie de Newcastle, la

pasteurellose) (CSRLP 2003) ainsi que certaines maladies transmissibles à l'homme telle que la rage.

On dénombre quelques sites aurifères dont l'exploitation est artisanale. Ils conduisent très souvent à des accidents de travail (éboulement) et à l'exposition à certaines maladies (silicose, IST/VIH/SIDA...). La pêche est également artisanale. La province n'a aucune unité industrielle.

Les revenus familiaux proviennent du petit commerce et de l'artisanat qui sont peu développés. De façon générale, le pouvoir d'achat des populations est faible (zone III de pauvreté).

En matière d'électricité, seule la commune de Yako est électrifiée 24 heures sur 24 tous les jours. Cela facilite la réalisation des activités de la structure de référence, telles que les transfusions sanguines, les interventions chirurgicales, les réanimations et biens d'autres.

Le réseau routier comprend la nationale n°2, ainsi que des routes départementales et des pistes rurales qui sont peu praticables en saison des pluies.

La province a un faible potentiel économique. Les activités basées essentiellement sur le secteur primaire et dont les moyens de productions ne sont pas développés, influencent le pouvoir d'achat des populations. Ceci limite leur accès aux services de santé.

3.2.5 Données socioculturelles

Les habitations de type traditionnel sont construites en banco. Les familles vivent regroupées en concessions et en quartiers ; le type de gouvernance qu'elles pratiquent est la gérontocratie. Le district sanitaire de Yako est dans le plateau Mossi. Le moré est la langue la plus parlée. D'autres ethnies cohabitent avec eux à savoir les peulh, les Gourounsi et les Samo. Tous ces peuples vivent en parfaite harmonie.

Les principales religions sont l'animisme (49,3%), l'islam (31,4%), le catholicisme (15,8%) et le protestantisme (3,3%). (Source Monographie de la province du Passoré 2003).

Selon les statistiques 2009 de la direction provinciale de l'enseignement de base et de l'alphabétisation du Passoré, le taux de scolarisation est 88,4% et celui de l'alphabétisation est de

Des pratiques culturelles néfastes à la santé de la femme et de l'enfant telles que les mutilations génitales féminines (excision), le mariage forcé, le mariage et grossesses précoces et le lévirat persistent dans le district. La médecine traditionnelle constitue le premier recours des patients. Cela n'est pas sans conséquence pour certains qui se présentent tard dans les FS avec des complications augmentant le taux de mortalité.

3.2.6 Partenaires intervenant dans le domaine de la santé

Tableau III : Répartition des partenaires du district sanitaire de Yako par domaines d'interventions en 2009

Partenaires	Domaines d'intervention
ADRK	Mutuelle de santé
AUDOBEM	Réduction mortalité maternelle
Comité Locale de Jumelage du département de Yako	Réhabilitation des locaux, équipement médico- technique
Fonds mondial paludisme	Lutte contre le paludisme
Fonds mondial tuberculose	Lutte contre la tuberculose
JHPIEGO	Lutte contre les VIH/SIDA, PTME
Libère ton génie pour l'Afrique	Réhabilitation des locaux, équipement médico- technique
MSF	Récupération nutritionnelle
Radios locales	Communication pour le développement
SEMUS	Lutte contre les IST –SIDA, paludisme, tuberculose
PADSEA II	Promotion de l'hygiène et de l'assainissement
Solidarité Organisation Lutte et Vie (SOLVIE)	Lutte contre les IST –SIDA, paludisme
GAVI-RSV	Renforcement des services de vaccination
GAVI/RSS	Renforcement du système de santé
OMS	Campagne de vaccination
UNICEF	Santé et nutrition de la mère et de l'enfant Renforcement institutionnel du système de santé
PAM	Promotion du dépistage de la malnutrition et la surveillance nutritionnelle
Bailleurs du panier commun PADS 1	Renforcement des capacités, VIH/SIDA paludisme, vaccination, épidémie
BAD (PADS CEN)	Renforcement des capacités,

Source: données du district de Yako

Le district sanitaire dispose de partenaires techniques et financiers qui l'accompagnent dans les domaines de la lutte contre le paludisme, le VIH/SIDA, la tuberculose, la malnutrition etc. Cependant il n'a pas de partenaires dans le domaine de la construction réhabilitation des infrastructures toute chose qui contribue à l'amélioration de l'accessibilité et la qualité des soins.

De l'état nutritionnel des mères et des enfants et les problèmes liés aux micronutriments

La malnutrition constitue un problème de santé pour les populations les plus vulnérables que sont les mères et les enfants. Elle contribue à augmenter le taux de morbidité et de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes.

Le faible pouvoir d'achat, la méconnaissance de la valeur nutritive de certains aliments locaux, la non disponibilité de fruits/ légumes en toute saison et les grossesses rapprochées sont des raisons qui expliquent cette situation. Sur 85 980 enfants vus nouvellement en consultation de nourrissons sains, 6453 (7,50 %) souffrent de malnutrition aiguë.

Les activités de sensibilisation, de dépistage et de prise en charge sont menées dans les CSPS avec l'appui du PAM. L'UNICEF appui également ces activités par la dotation de micronutriments, de déparasitant, et d'aliments thérapeutiques. Ces différents appuis sont en deçà des besoins des bénéficiaires. La mise en œuvre de la prise en charge communautaire des IGR en cours et l'appui de MSF qui intervient dans le cadre de la récupération nutritionnelle depuis 2007 devraient contribuer à réduire les cas de malnutrition. Les supervisions intégrées des agents ont révélé des insuffisances dans le diagnostic et l'application du nouveau protocole de PEC de la malnutrition.

Pour aborder notre travail de recherche quelle méthodologie utilisée ? Le chapitre suivant décrit la méthode suivie pour aboutir aux fins de l'étude.

IV METHODOLOGIE

4.1. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude à visée descriptive transversale. Elle décrit et explique de façon qualitative et quantitative l'offre de services en matière de nutrition communautaire et l'adhésion des ménages aux activités de nutrition communautaire, à travers l'appréciation des connaissances, des attitudes et des comportements des populations. De façon spécifique, le travail de recherche va porter sur:

- Les interventions des programmes de nutrition communautaire dans le district sanitaire de Yako ;
- Les facteurs déterminants la faible adhésion des ménages aux activités de nutrition communautaire.

Population cible de l'enquête

Cibles aire village

- **Mères d'enfants/tutrices**
- **Hommes/Chefs de famille/ménage;**
- **ASC**

Cibles siège CSPS

- **ICP;**
- **Responsable de la SMI;**

Cibles siège DS

- **Médecin Chef de District**
- **Responsable CREN /Pédiatrie**

4.2. Echantillonnage échantillon

A) Plan de sondage

Pour le choix des groupes cibles différentes techniques d'échantillonnage ont été utilisées :

Pour l'échantillonnage des chefs de ménage, des mères et pères ou tutrices des enfants la technique de retenue a été le sondage à plusieurs degrés :

- ✓ Le premier degré de sondage est le choix des CSPS pour un échantillonnage aléatoire simple. La liste des CSPS assurant des activités de récupération et d'éducation nutritionnelles a constitué la base de sondage ;
- ✓ Le second degré concerne le tirage des villages par un choix raisonné couplé à un sondage aléatoire simple. Les villages abritant les CSPS sont systématiquement retenus et les autres sont tirés au hasard parmi les villages situés entre 5 et 10 Kms des CSPS. La base de sondage c'est la liste des villages situés entre 5 et 10 Kms du CSPS ;
- ✓ Le troisième degré concerne le choix des concessions par un échantillonnage aléatoire simple ainsi à partir du centre du village, nous faisons tourner une bouteille au sol. La direction indiquée en balayant les concessions de la gauche vers la droite et vice versa ; en stabilisant sur ce parcours aléatoire, une concession sur trois est retenue ;
- ✓ Le quatrième degré concerne le choix des ménages à enquêter par un choix aléatoire simple. La liste des ménages des concessions externe constitue la base de sondage. Tous les chefs de ménages, les pères, les mères ou tutrices des enfants dans les ménages retenus seront enquêtés.

Le choix des ICP et responsables de SMI/CREN se fait par échantillonnage aléatoire simple à travers le tirage au sort des CSPS.

Le choix des ASC, est fait par sondage raisonné couplé à un tirage aléatoire simple à travers le tirage des villages puis par un échantillonnage aléatoire simple.

La liste des ASC des villages retenus constitue la base de sondage. La population des responsables des activités de nutrition communautaire, MCD, responsables de service de pédiatrie est retenue systématiquement dans l'aire de santé du district.

B) Taille de l'échantillon

Notre échantillon se compose de :

- Dans le district sanitaire de Yako, il sera choisi cinq (5) centres de santé et de promotion sociale (CSPS) qui assurent des activités de nutrition communautaire et/ou d'éducation et de récupération nutritionnelle.
- Dans chaque CSPS choisi, il sera choisi deux (2) villages dont l'un abrite le CSPS et l'autre situé entre 5 à 10 km du siège du CSPS. Ce choix tient au fait que ces deux entités ne sont pas soumises forcément aux mêmes motifs d'utilisation des services de nutrition communautaire et aux mêmes canaux de diffusion de l'information.
 - Le choix du village situé entre 5 à 10 km du siège du CSPS se fera par tir au sort si l'aire sanitaire du CSPS compte plus de 2 villages.
 - Au total, 10 villages seront pris pour l'enquête.
 - Dans chaque village, il sera choisi dix (10) ménages : l'enquête portera sur ces ménages auxquels on administrera un questionnaire à chaque chef de ménage, aux mères et pères ou tuteurs/tutrices des enfants. Au total 100 ménages sont concernés par l'étude.
 - dix (10) Agents de santé communautaire (ASC), (5) infirmiers chef de poste (ICP),
 - les responsables des SMI/CREN, le médecin chef de district, le responsable du service de pédiatrie, seront exhaustivement interviewer.

Techniques

- **Entretien avec les mères et pères, ou tuteurs/tutrices de l'enfant**

Cette technique permettra d'avoir une vue d'ensemble sur trois dimensions majeures des conduites de programmes et projets de nutrition communautaire : le niveau des pratiques et connaissances des mères /pères/tuteurs/tutrices des enfants.

L'entretien réalisé auprès des mères ou tuteurs d'enfants, chef de ménages permettra de vérifier les hypothèses formulées sur l'adhésion des ménages aux programmes et projets de nutrition communautaire. La finalité est de collecter des données qualitatives et quantitatives sur les perceptions et les appréciations que les ménages ont pour adhérer ou ne pas adhérer aux activités de nutrition communautaire.

- **l'analyse documentaire et l'interview des responsables de structures publiques de santé, les ONG, les OSC œuvrant dans le domaine de la nutrition.**

Elle permettra de faire un diagnostic institutionnel participatif pour identifier les forces et les faiblesses des programmes de nutrition communautaire pour la lutte contre la malnutrition.

Instruments

- Questionnaires adressés aux mères, pères et tuteurs/tutrices des enfants
- Questionnaires adressés aux personnels de santé
- Questionnaires adressés aux ASC,
- Questionnaires adressés aux chefs de ménage
- Guide d'analyse documentaire

Liste de vérification de matériel technique et d'aliments

L'ensemble de ces outils utilisés pour la collecte des informations au sujet de travail de recherche nous permet d'obtenir cinq types d'indicateurs. Ils permettront de vérifier nos hypothèses de recherche. Ce sont les indicateurs relatifs aux différents variables suivants :

- La prévalence de la malnutrition dans le district sanitaire de Yako
- La perception de la vulnérabilité et de la gravité de la malnutrition
- L'évolution des connaissances attitudes et pratiques des mères, tuteurs/tutrices et chefs de ménage en matière de nutrition communautaire
- L'efficacité des interventions en matière de nutrition communautaire
- L'adhésion des ménages aux activités de nutrition communautaire.
- Le processus managérial de la mise en œuvre des programmes de nutrition communautaire.

BASE DE SONDAGE

La base de sondage est constitué de :

- Liste des CSPS du district
- Liste des villages des CSPS concernés par l'enquête

Validation des instruments

La méthode des juges

Les instruments ont été laissés à l'appréciation de l'équipe de direction de l'étude pour les aspects de congruence

Le pré-test

Le pré-test pour la validité pratique, un pré-test a été organisé. Il a été conjointement assuré par nous même et d'un agent de santé. Celui-ci a été briefé selon les objectifs de l'étude. Le pré-test a bénéficié de l'appui de notre directeur de mémoire. La collecte des données pour le pré-test s'est déroulée du 25 au 27 avril 2011 dans un village du CSPS de Balkuy dans le district sanitaire de Bogodogo. A cette occasion 20 ménages ont été visités.

Le pré-test a été l'occasion de connaître les réactions des mères d'enfants malnutris face à certaines questions et de prendre des mesures correctives. L'évaluation a porté sur les divers points des fiches d'enquête : la connaissance et la perception des ménages sur la malnutrition aigüe (définition causes, vulnérabilité, gravité, conséquences, moyens de prévention et de traitement), la manière de poser les questions, surtout dans la langue locale à savoir le Mooré.

Enfin les questionnaires adressés aux mères, pères tuteurs/tutrices des enfants et chefs de ménages ont été mis à jour à la lumière des leçons tirées de la pré-enquête.

Déroulement de l'enquête

Choix et formation des enquêteurs

Le choix des enquêteurs a été fait parmi les infirmiers chef de poste des CSPS retenus pour mener l'enquête. Au total 05 agents enquêteurs étaient concernés par la formation. Cette formation s'est déroulée le 08 mai 2011 dans la salle de réunion du district sanitaire de Yako. Elle a été appuyée par le directeur de mémoire en

collaboration avec le médecin chef du district. Les enquêteurs ont été formés sur la méthodologie de l'enquête et la collecte des données sur le terrain.

Une description détaillée des fiches d'enquête a fait l'objet d'un exposé à l'intention des enquêteurs présents à la formation. Au cours de cette formation, on a insisté sur les techniques de l'entretien. Le choix et la formation des enquêteurs ont été appuyés par le médecin chef du district et notre directeur de mémoire.

Collecte des données sur le terrain

La collecte des données sur le terrain s'est effectuée entre le 09 et le 10 mai 2011. Conformément à la méthodologie de l'enquête, les enquêteurs ont effectué les entretiens auprès des ménages et des ASC. Ils ont également administré les questionnaires en fonction des cibles retenues pour l'enquête. La supervision des travaux sur le terrain a été assurée par nous-même.

Saisie et traitement des données

Les données de l'enquête sont traitées avec le logiciel Epi-Info pour ce qui concerne le dépouillement ainsi que les analyses statistiques. Nous avons utilisé le logiciel WORD version 2007 pour le traitement de texte et EXCEL pour la confection des tableaux et des graphiques.

Limite de l'étude

Les questions destinées aux parents, devaient être traduites en langues Mooré par les enquêteurs ; ce qui n'exclut pas des déformations de l'information pouvant ainsi induire des biais. Mais ce biais a été minimisé par le choix d'enquêteurs parlant couramment la langue des mossis. Notre étude n'a pas pu prendre en compte tous les facteurs déterminant l'adhésion des ménages aux programmes de nutrition communautaire. En effet les facteurs tels que liés aux caractéristiques socioculturelles des chefs de ménages et l'insuffisance des infrastructures des programmes de nutrition, la sécurité alimentaire des ménages, les soins de santé, les facteurs socio-économiques, n'ont pas été explorés dans la présente étude ; il est souhaitable que, d'autres études se penchent sur ces thèmes spécifiques dans le district sanitaire de Yako. Enfin l'utilisation des questions à réponses suggestives pourrait également constituer une des limites de notre étude.

Difficultés

Les difficultés majeures sont celles relatives à la mobilisation des ressources financières pour organiser l'enquête de l'étude. Il nous a valu en termes de temps trois mois d'économie.

Considérations éthiques

Le consentement éclairé des personnes enquêtées a été obtenu et respecté. Elles ont été informées de l'anonymat et de la confidentialité des informations recueillies.

Nous présenterons dans le chapitre suivant les résultats de l'enquête.

V PRESENTATION DES RESULTATS

5.1 RESULTATS DU QUESTIONNAIRE ADMINISTRE AUX MERES, PERES, TUTEURS/TUTRICES DES ENFANTS ET LES CHEFS DE MENAGES

5.1.1. Informations socio-démographiques

Complétude des fiches de collecte

Sur un échantillon de 100 ménages à enquêter tous les ménages ont fait l'objet d'entretien soit une complétude de 100%.

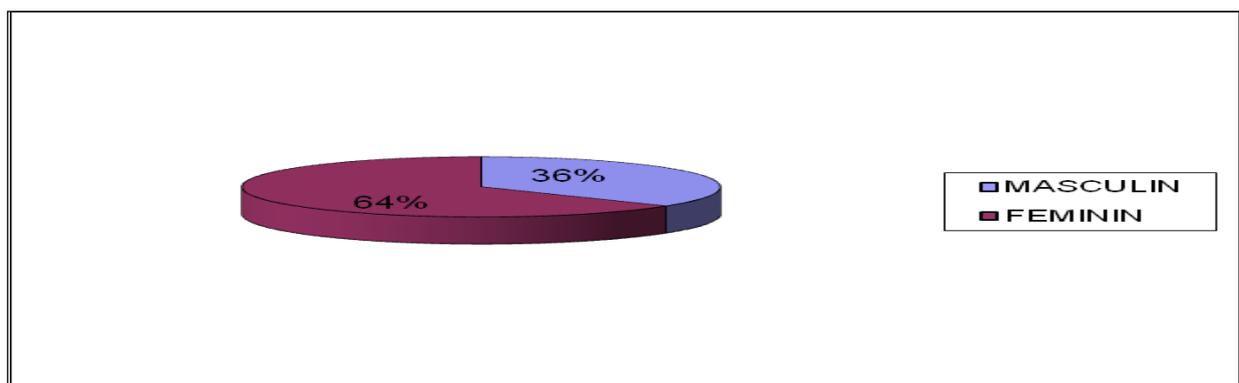
TABLEAU IV Répartition des enquêtés selon la religion

(n=100).

Religions	Effectif	pourcentage
Animiste	16	16%
Christianisme	39	39%
Islamisme	45	45%
Total	100	100%

1 personne sur 6 est animiste, ceci pourrait avoir une importance sur les perceptions

Le graphique suivant donne la répartition des enquêtés selon le sexe



GRAPHIQUE 1: Répartition des enquêtés selon le sexe (N= 100)

Le nombre de femmes (64%) enquêtées est plus élevé que celui des hommes (36%)

TABLEAU V: Répartition des enquêtés selon le niveau d'instruction**(n = 100)**

Niveau	Effectif	Pourcentage
Aucun	45	45%
Alphabétisé	12	12%
Ecole Coranique	4	4%
Primaire	29	29%
Secondaire	10	10%
Total	100	100%

45% des enquêtés ne sont ni scolarisés ni alphabétisés, 29% ont atteint le niveau primaire de scolarité et 4% ont fait l'école coranique.

TABLEAU VI: Répartition des enquêtés selon l'âge**(n = 100)**

Age (années)	Effectif	Pourcentage
20-25	4	4%
26- 30	6	6%
31-35	15	15%
36-40	21	21%
41-45	16	16%
46-50	17	17%
51-55	11	11%
56-60	9	9%
+62	1	1%
Total	100	100%

L'âge des enquêtés varie entre 23 et 62 ans avec un écart-type de 6,66 ans.

5.1.2 CONNAISSANCES ET PERCEPTIONS DES PARENTS SUR LA MALNUTRITION AIGUE

5.1.2.1 Connaissance des enquêtes sur la malnutrition

TABLAEU VII : Réponses des enquêtes sur la définition de la malnutrition

(N=100)

Définitions proposées par les enquêtes	Fréquence	Pourcentage
Maladie de la sous alimentation	14	14%
Maladie de l'enfant	52	52%
Maladie de l'insuffisance alimentaire	11	11%
Maladie due a une alimentation déséquilibrée	18	18%
Maladie due a une nourriture pauvre	5	5%
Total	100	100%

18% des enquêtés disent que c'est une maladie due à une alimentation déséquilibrée contre 52% qui déclarent que c'est « la maladie des enfants ».

TABLAEU VIII : Connaissances des enquêtes sur les causes de la malnutrition

(n = 100)

Causes proposées par les enquêtes	Fréquence	Pourcentage
Mauvaises récoltes	42	42%
Grossesses rapprochées	57	57%
Méconnaissance/ignorance liée a la nutrition	71	71%
Pauvreté	85	85%
Sous alimentation	37	37%

La majorité des enquêtés déclare que la pauvreté (85%), les grossesses rapprochées (57%), la sous alimentation (37%) constituent les principales causes de la malnutrition.

TABLEAU IX: Appréciation des connaissances des enquêtés sur les caractéristiques de la malnutrition

Réponses des enquêtes	Fréquence	Pourcentage
Amaigrissement	80	80%
Anorexie	72	72%
Pleurs	46	46%
Yeux enfoncés	59	59%
Soif	51	51%
Bouche sèche	32	32%
Œdèmes	28	28%
Plis cutanés	37	37%

La fréquence des réponses données sont : Amaigrissement (80%), anorexie (72%), plis cutanés (37%) et les œdèmes (28%). Soif (51%), yeux enfoncés (59%).

- **Appréciation des connaissances des enquêtes sur la vulnérabilité de la malnutrition**

TABLEAU X: Réponses des ménages sur la vulnérabilité des personnes à la malnutrition

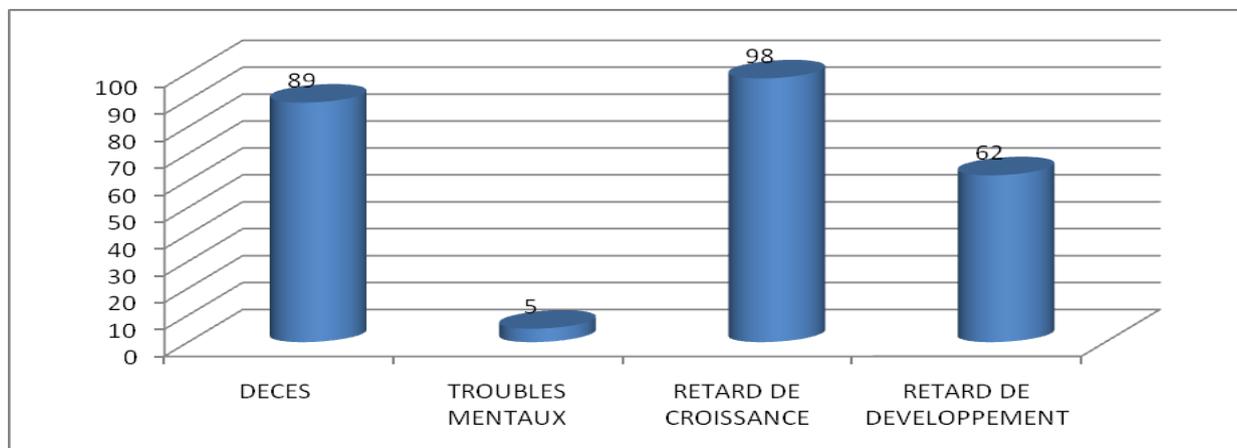
(N=100)

Réponses des enquêtés	Fréquence	Pourcentage
Enfants de 0-5 ans	100	100%
Femmes enceintes	43	43%
Jeunes enfants scolarisés	17	17%

Selon les enquêtés les cibles les plus vulnérables sont les enfants de 0-5 ans (100%) et les femmes enceintes (43%).

- **Appréciation des connaissances des enquêtés sur les conséquences de la malnutrition.**

Le graphique ci-après désigne la connaissance des enquêtés sur les conséquences de la malnutrition

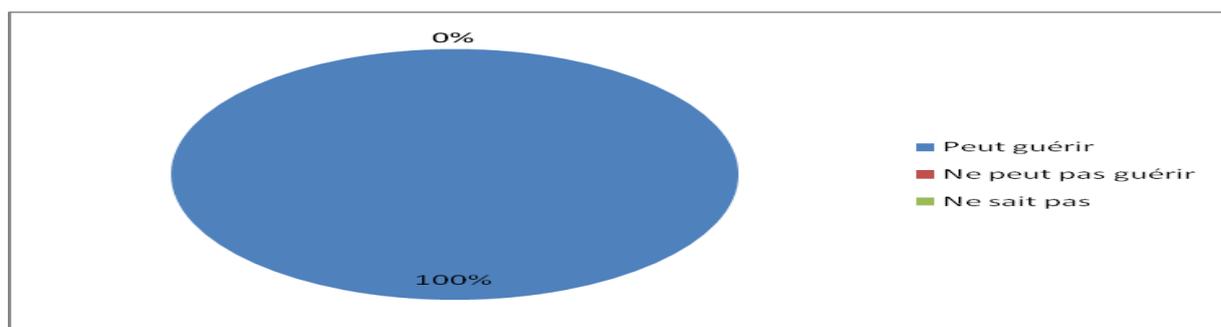


GRAPHIQUE 2 : Connaissances des enquêtés sur les conséquences de la malnutrition

Le retard de croissance (98%), les décès liés à la malnutrition (89%) sont fréquemment connus par les enquêtés comme les conséquences de la malnutrition.

- **Possibilité de guérison de la malnutrition selon les enquêtés**

La possibilité de guérison de la malnutrition appréciée par les enquêtés est représentée par le graphique suivant :



GRAPHIQUE 3 : Montrant la répartition des enquêtés en fonction des connaissances sur la possibilité de guérir ou pas de la malnutrition N=100

Tous les enquêtés (100%) déclarent que l'on peut guérir de la malnutrition.

- **Appréciation des ménages sur la fréquence de la malnutrition**

Le tableau suivant donne l'appréciation des ménages enquêtés par rapport à la fréquence de la malnutrition dans les localités.

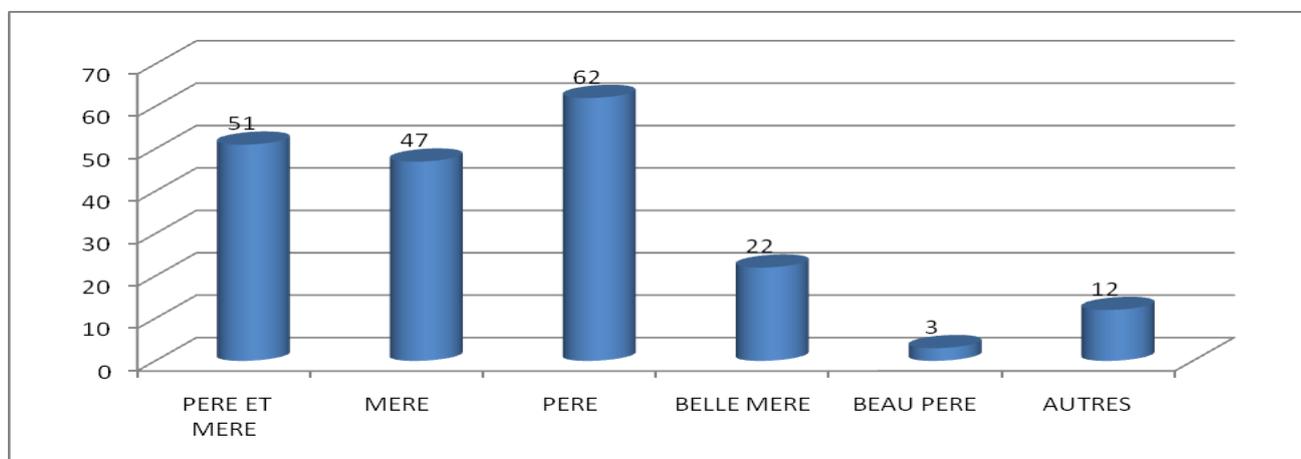
TABLEAU XI: Réponses des ménages sur la fréquence de la malnutrition

(n = 100)

Réponses des enquêtés	Fréquence	Pourcentage
Extrêmement rare	17	17%
Rare	23	23%
Fréquent	48	48%
Très fréquent	12	12%
TOTAL	100	100%

48% des enquêtés affirment que la malnutrition est fréquente et 17% qui déclarent que la malnutrition est extrêmement rare.

Le graphique ci-dessous montre la répartition des membres des ménages capables d'influencer la prévention et le traitement de la malnutrition.



GRAPHIQUE 4: Répartition des membres des ménages capables d'influencer la prévention et la prise en charge médicale de la malnutrition

Dans 62% des cas les pères influencent la prévention et le traitement de la malnutrition dans les ménages contre 47% des cas par les mères.

5.1.2.2 Perception des enquêtés sur la gravité de la malnutrition aigüe

- **La perception des enquêtés sur la gravité de la malnutrition par les ménages**

100% des enquêtés ont répondu qu'ils craignent la survenue de la malnutrition à cause des conséquences telles que le retard de croissance, la mortalité élevée et les autres maladies qui surviennent à la faveur de la malnutrition.

5.1.3 CONNAISSANCES, ATTITUDES, PRATIQUES VIS-A-VIS DES PROGRAMMES DE NUTRITION COMMUNAUTAIRE

5.1.3.1 Pourcentage des enquêtés ayant entendu parler d'un projet de nutrition communautaire dans leur localité.

81% des enquêtés ont entendu parler d'un programme de nutrition communautaire. La majorité a évoqué l'existence des ONG telles que : APF (66%), MSF (83%), MISSION CATHOLIQUE (20 %)

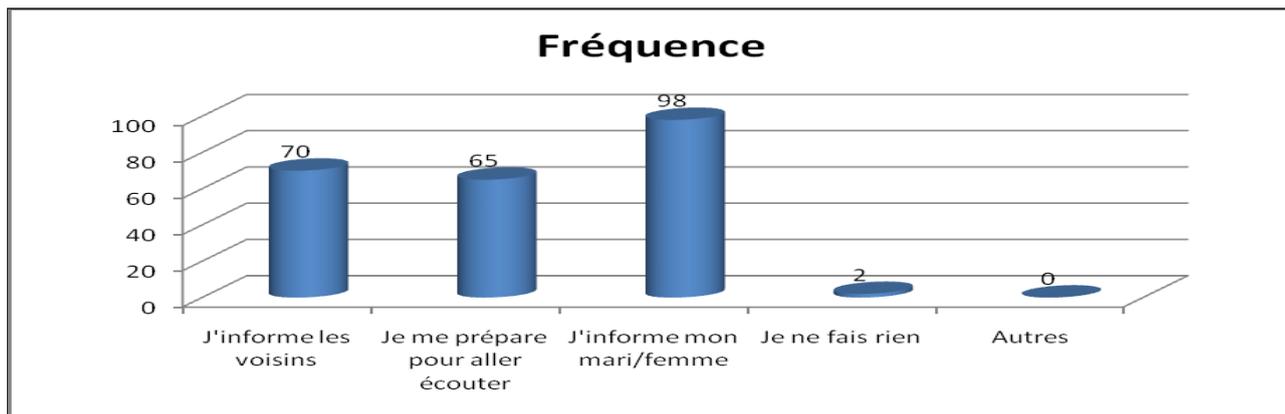
5.1.3.2. Participation des ménages aux activités de causeries éducatives et de visites à domicile

80% des enquêtés disent avoir assisté à des causeries sur la malnutrition au moins 1 fois, 20% des enquêtés affirment avoir reçu des visites à domicile traitant de la malnutrition chez les enfants et 33% ont pu citer au moins deux aliments de prise en charge (bouillie enrichie, soupe...)

5.1.3.3 Intérêt accordé aux programmes de nutrition communautaire par les enquêtés

100% des enquêtés disent que les programmes de nutrition communautaire sont bénéfiques aux ménages parce que ces programmes aident à la réduction de la morbidité et de la mortalité dues à la malnutrition. Les interventions à base communautaires en matière de nutrition contribuent également à l'apprentissage de nouvelles pratiques pour améliorer la sécurité alimentaire.

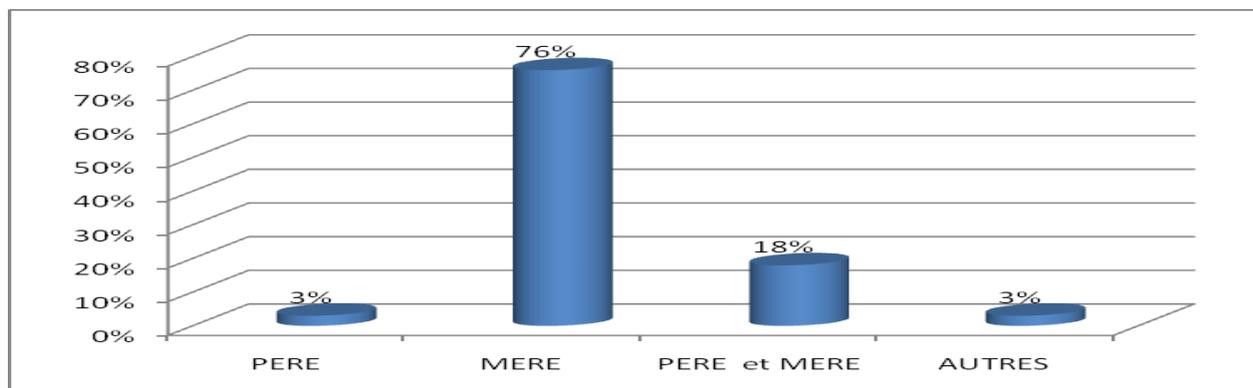
Le graphique suivant renseigne sur les attitudes et comportements des enquêtés lorsqu'ils sont informés pour une séance de sensibilisation sur la malnutrition.



GRAPHIQUE 5: Fréquence des comportements et attitudes des ménages lorsqu'ils sont informés pour une séance de sensibilisation sur la malnutrition :

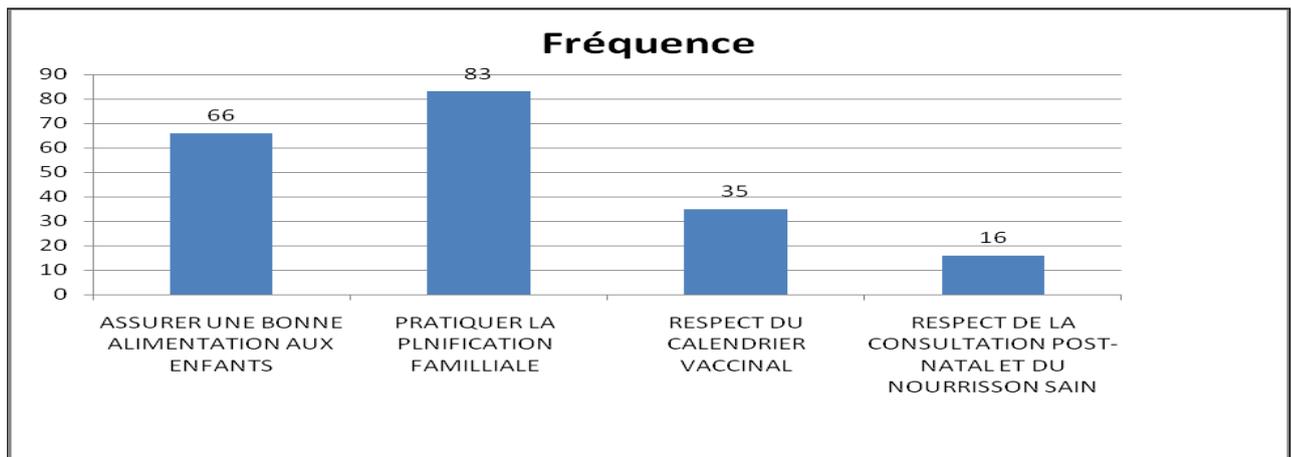
98% des cas informent leur mari ; 65% des enquêtés déclarent qu'ils se préparent pour aller écouter lorsqu'ils sont informés d'une séance de sensibilisation sur la malnutrition contre 2% qui déclare ne rien faire.

Le graphique suivant donne la répartition des membres des ménages qui amènent habituellement les enfants malnutris au site de récupération nutritionnelle.



GRAPHIQUE 6 : Répartition des membres des ménages qui amènent habituellement les enfants au site de récupération nutritionnelle.

76% des enquêtés affirment que ce sont les mères qui amènent les enfants malnutris au site de récupération nutritionnel et 3% pour les pères La fréquence des réponses données par les enquêtés selon le type de conseil des agents de santé est représenté par le graphique ci-dessous.



GRAPHIQUE 7: Conseils donnés par les agents de santé aux mères ou pères d'enfants malnutris

83% des réponses mettent en évidence la planification familiale, 66% parlent d'une bonne alimentation et 16% le respect de la consultation post-natale et du nourrisson sain.

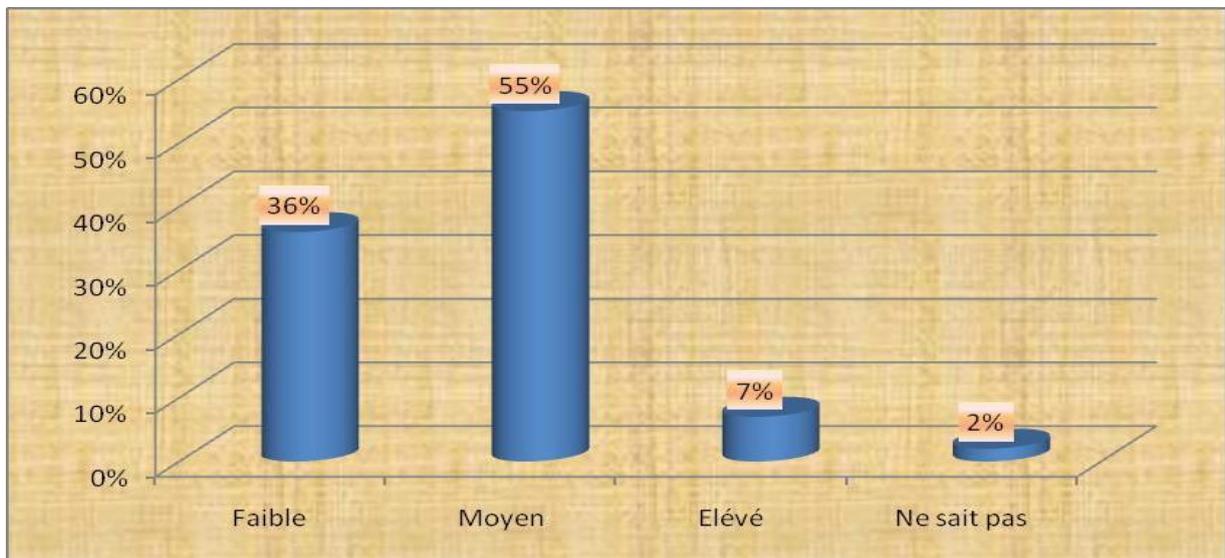
5.1.3.4. Appréciation de la mise en œuvre des conseils et pratiques nutritionnelles par les enquêtés

91 % des enquêtés estiment que les conseils et les pratiques nutritionnelles donnés par les agents de santé sont faciles à mettre en pratique contre 3% qui pensent que ceux-ci sont très difficiles à mettre en pratique et 6% disent que c'est assez difficile.

5.1.3.5. Efficacité des conseils et les pratiques nutritionnelles

La majorité des enquêtés déclare que les conseils et les pratiques nutritionnelles des agents de santé sont efficaces parce que ceux-ci, mis en application permettent une récupération nutritionnelle de nombreux enfants malnutris, de prévenir la malnutrition.

5.1.3.6. Appréciation des ménages enquêtés selon le niveau d'adhésion aux activités de nutrition communautaire.



GRAPHIQUE 8 : Appréciation des ménages enquêtés sur le niveau d'adhésion aux activités de nutrition communautaire.

Le graphique montre que (55%) des ménages ont trouvé que le niveau d'adhésion des ménages aux activités de nutrition communautaire est moyen contre (36 %) qui déclare que l'adhésion est faible et (2%) restent sans réponses.

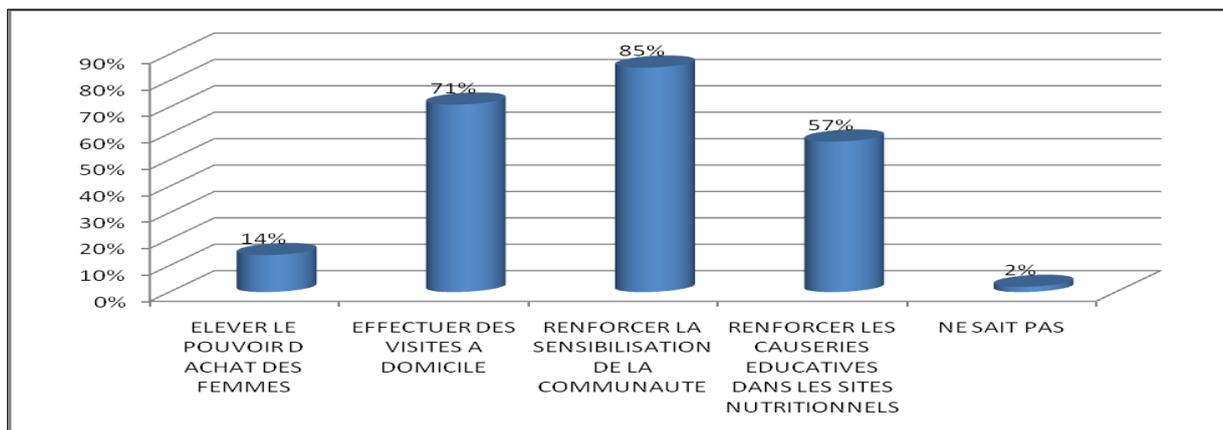
Pour connaître certaines raisons avancées pour justifier la faible adhésion (36%), nous avons posé la question pourquoi dites vous que l'adhésion des ménages aux activités de nutrition communautaire est-elle faible ? Les réponses figurent dans le tableau suivant :

TABLEAU XII: Raisons de la faible adhésion avancées par les Ménages

Raisons avancées par les enquêtés	Fréquence	Pourcentage
Rupture de vivre	18	18%
Manque d'informations sur les activités	58	58%
Décision des maris	41	41%
Manque de temps	32	32%

Les raisons avancées par les ménages sont le manque d'information sur les activités (58%), rupture de vivre (18%) et manque de temps (32%) puis l'influence des maris (41%)

5.1.3.7 Suggestions pour une meilleure adhésion des ménages aux programmes de nutrition

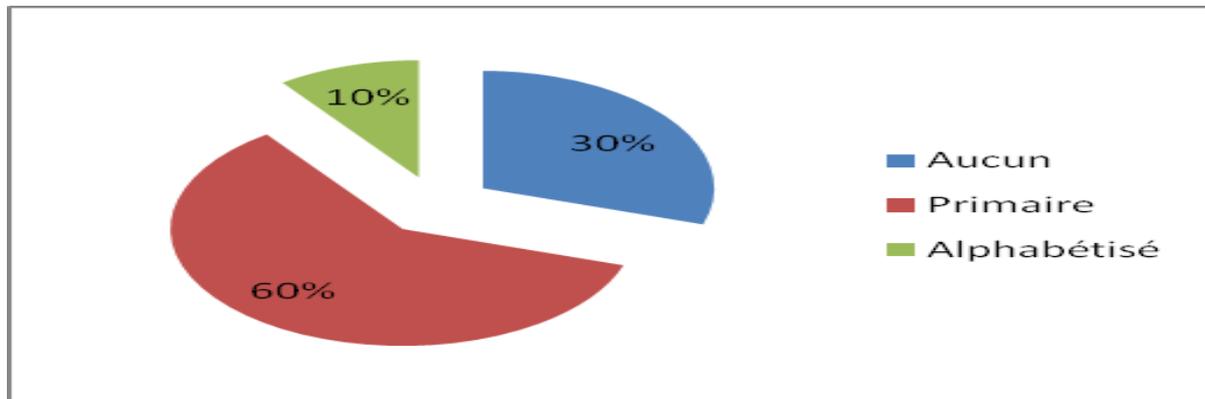


GRAPHIQUE 9 : suggestions des ménages pour une meilleure adhésion des ménages

La majorité des enquêtés suggère de renforcer la sensibilisation au sein de la communauté (85%), élever le pouvoir d'achat des femmes (14%). Effectuer des visites à domicile (71%), renforcer les causeries éducatives dans les sites nutritionnels (57%).

5.2. RESULTATS DU QUESTIONNAIRE ADMINISTRE AUX AGENTS DE SANTE COMMUNAUTAIRE (ASC)

Tous les ASC (100%) des villages retenus pour l'enquête ont été interviewées. Le graphique ci-dessus donne la répartition des enquêtés selon le niveau d'instruction



GRAPHIQUE 10: Répartition des ASC selon le niveau d'instruction (n=10)

60% des enquêtés ont été scolarisés, 30% sont alphabétisés et 10% qui ne sont ni scolarisés ni alphabétisés.

5.2.1 CONNAISSANCE DES ASC EN MATIERE DE NUTRITION

Tous les agents de santé communautaire (10/10) interrogés au sujet de la malnutrition ont une notion sur la malnutrition.

TABLEAU XIII : Fréquence des réponses sur la définition de la malnutrition

n = 10

Réponses	Fréquence	Pourcentage
Maladie des enfants	2	20%
Maladie liée a l'alimentation	7	70%
Déséquilibre alimentaire	1	10%

Le tableau montre que 80% des enquêtés connaissent ce que sait que la malnutrition contre 20% qui déclarent que la malnutrition c'est : « c'est la maladie des enfants ».

5.2.2. Appréciation des ASC sur le degré d'adhésion des ménages aux activités communautaires

9 agents de santé communautaire sur 10 estiment que l'adhésion des ménages aux activités de nutrition communautaire est d'un degré moyen. Car si 100 enfants malnutris sont dépistés en ambulatoire au moins 50% des mères acceptent revenir pour la prise en charge au centre de soins. 1/10 affirme que le niveau d'adhésion des ménages est élevé.

5.2.3. Avantage d'un programme de nutrition communautaire

Pour les avantages d'un programme de nutrition communautaire 100% des agents de santé communautaire interviewés affirment que les programmes de nutrition communautaire contribuent à la protection des enfants et les femmes contre la malnutrition et les maladies nutritionnelles et 80% qui disent améliorer la situation nutritionnelle des populations en générale.

5.2.4. Ancienneté des ASC selon les villages enquêtés

La majorité des ASC interviewés dans les villages retenus pour l'enquête, ont une ancienneté requise variable entre 2 à 15 ans.

5.2.5. Implication des ASC dans les activités de nutrition communautaire

100% des ASC enquêtés sont impliqués dans les activités de nutrition communautaire.

5.2.6 Le paquet minimum d'activités des ASC en matière de nutrition communautaire

On retiendra que le paquet minimum d'activités cité par les ASC comprend :

- les activités de sensibilisation
- la détection des cas de malnutrition par le MUAC
- la pesée des enfants.

5.2.7. Motivation des ASC

La plupart des ASC enquêtés (7/10) estiment que s'ils sont motivés ils pourront être plus efficaces dans la mise en œuvre des interventions à base communautaire. Notamment en matière de nutrition.

5.2.8. Suggestion des ASC pour une meilleure adhésion des ménages aux activités de nutrition communautaire

TABLEAU XIV : Suggestions des ASC pour une meilleure adhésion des ménages aux activités de nutrition communautaire

Suggestions des ASC	Fréquence	Pourcentage
Sensibilisation de la communauté	8	80%
Amélioration de la motivation des ASC	7	70%
Motivation matérielle des ménages	2	20%
Pérennisation des projets	1	10%

La majorité des ASC suggère la sensibilisation de la communauté (80%) et la motivation des ASC (70%) pour améliorer l'adhésion des ménages aux activités de nutrition communautaire

5.3 RESULTATS DU QUESTIONNAIRE ADMINISTRE AUX INFIRMIERS CHEF DE POSTE RESPONSABLE SMI PEDIATRE CREN

5.3.1. Caractéristiques générales enquêtés

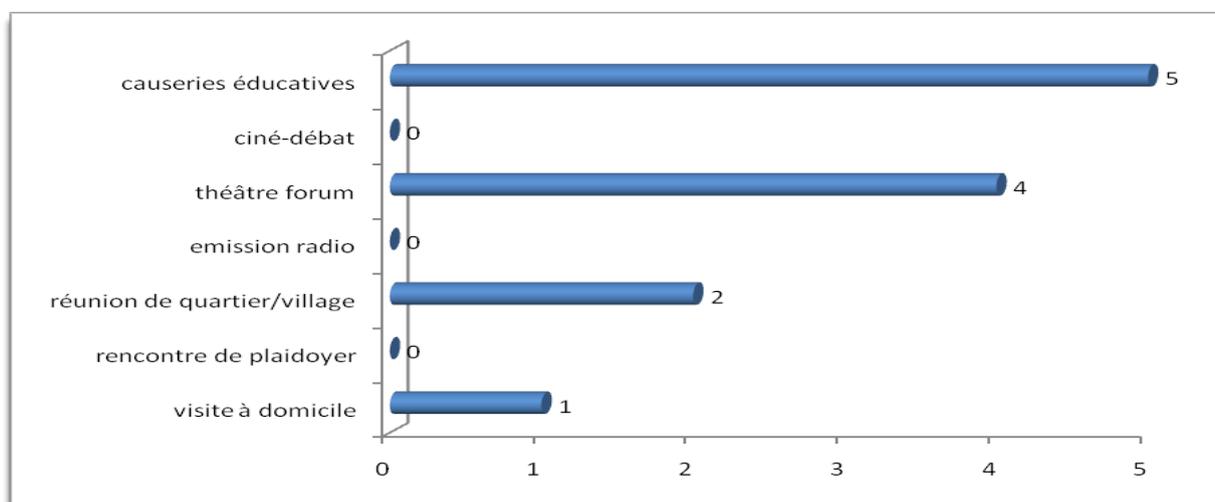
Les professionnels de santé interviewés (N=5) sont tous des infirmiers et sont chefs de leur poste de santé. Le nombre d'année de service au poste pendant l'enquête varie de 1 à 8 ans.

5.3.2 Mise en œuvre des activités de nutrition communautaire

Selon les infirmiers chef de poste (5/5) affirment que la malnutrition fait partir des cinq premières causes de la mortalité dans les formations sanitaires.

5/5 des CSPS retenus pour l'enquête assurent les activités de nutrition communautaire à savoir les activités de sensibilisation (100%), le dépistage des cas de malnutrition (100%), les références des cas de malnutrition aigüe sévères (98%).

Le graphique ci-dessus montre la fréquence des activités de communication menées dans le cadre de la nutrition communautaire dans les villages selon les agents de santé.



GRAPHIQUE 11: Fréquence des activités de communication en faveur de la nutrition communautaire selon les agents de santé enquêtés.

Les causeries éducatives (5/5) sont les activités les plus fréquentes menées dans les villages en faveur de la lutte contre la malnutrition.

5.3.3. Appréciation du niveau d'adhésion des ménages aux interventions de nutrition communautaire

Les professionnels de santé interrogés (4/5) estiment que le niveau d'adhésion est moyen, car sur 100 enfants malnutris dépistés au moins la moitié sont revus et suivis soit au centre de récupération nutritionnelle soit au dispensaire contre 1/5 qui déclare que l'adhésion des ménages est toujours faible.

5.3.4 Aspects de management : capacités des agents et disponibilités des supports IEC dans la mise en œuvre des programmes de nutrition communautaire

Sur un total de 23 agents dans les 5 CSPS, retenus pour l'enquête, 13 agents sont formés sur la prise en charge de la malnutrition soit 56, 52%

12 des 23 agents en service dans les CSPS enquêtés participent effectivement à la planification et la mise en œuvre des programmes de nutrition communautaire.

Pour la coordination des activités au niveau CSPS 1/5 affirment jouer le rôle de coordonnateur, 3/5 des enquêtés déclarent être les conseillers nutritionnels et 1/5 des agents affirme qu'il n'a pas de rôle dans le suivi des activités de nutrition communautaire.

5.3.5 Difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des programmes de nutrition communautaire

Les principaux problèmes signalés par les professionnels de santé sont :

- la rupture d'intrants, dans les services de santé ;
- la difficulté d'approvisionnement des intrants ;
- l'insuffisance dans l'utilisation des outils et supports de communication ;
- l'inexistence de sources de motivation des ASC
- L'analphabétisme des mères
- la réticence des parents à honorer en cas de référence,
- le dépistage tardif des cas de malnutrition.

5.3.6 Disponibilité des supports IEC et canaux de communication

3/5 CSPPS ne dispose pas de supports d'IEC. Les supports les plus désirés par les acteurs professionnels sont les boîtes à images (100%), film de sensibilisation (100%) et affiches (80%).

Les canaux les plus utilisés dans les villages restent les crieurs publics (100%) et les lieux de culte (60%)

5.3.7. Raisons de non adhésion des ménages

Les raisons de non adhésion des ménages aux activités de récupération avancées par les professionnels de santé (ICP, responsables de CREN, SMI etc.), relèvent d'une part de l'analphabétisme de la population en générale (5/5) et de l'insuffisance d'un système de pérennité des programmes de nutrition (4/5) à l'échelle locale d'autre part.

5.3.8 Suggestions des ICP, des responsables de CREN, SMI pour une meilleure adhésion des ménages aux programmes de nutrition communautaire

TABLEAU XV : suggestions des ICP, des responsables de CREN, SMI pour une meilleure adhésion des ménages aux programmes de nutrition communautaire

(n = 100)

Suggestions	Fréquence	Pourcentage
Disponibilité des supports	4	80%
Motivation des ASC	5	100%
Formation/recyclage des agents de santé	5	100%
Supervision des agents de santé	3	60%
Dotation en matériel des CSPPS	2	2%

100% des agents de santé enquêtés suggèrent la motivation des ASC et la formation/Recyclage du personnel de santé pour améliorer l'adhésion des ménages aux programmes de nutrition communautaire.

L'ensemble des résultats sont discutés dans la partie suivante de l'étude.

VI. DISCUSSION ET SYNTHÈSE DES RESULTATS

6.1. Discussions

A la lumière des résultats de notre étude, il apparaît que l'adhésion des ménages aux activités de nutrition communautaire est déterminée par un certain nombre de facteurs liés aux connaissances et à la perception des ménages sur la malnutrition, à la vulnérabilité des groupes de personnes dans le ménage (enfants jeunes et les femmes enceintes), les possibilités d'interventions pour résoudre le problème de la malnutrition et enfin de l'efficacité managériale des programmes eux-mêmes.

Avant d'aborder la discussion proprement dite, nous allons vérifier la validité de la démarche proposée pour atteindre nos résultats.

6.1.1. De la validité de l'étude et de l'atteinte des résultats

6.1.1.1 De la validité de l'étude

Les précautions ont été prises pour garantir la validité de notre étude. Pour le choix des CSPS, ils ont été choisis de concert avec le MCD et le responsable des activités de nutrition. En ce qui concerne le choix des villages, ils ont été choisis dans chaque aire des formations sanitaires retenues pour l'enquête 02 villages dont l'un abritant le siège du CSPS et l'autre situé à une distance comprise entre 5-10 Kms. Dans chaque village 10 ménages sont tirés au sort pour subir l'enquête.

Dans le souci d'éviter des biais d'enquête nos outils ont été vérifiés par deux tests sur 20 ménages dans le village de Balkuy dans le district sanitaire de Bogodogo et sur 05 ménages dans la ville de Yako. Les enquêteurs ont été formés et supervisés par nous-mêmes. Les procédures de collecte des données ont également été fournies aux enquêteurs.

Quant à l'exécution de l'étude, nous avons obtenu un niveau acceptable. En effet, les 100 ménages prévus ont été atteints par l'enquête et toutes les mères ou personnes s'occupant de ces enfants ont accepté s'entretenir avec les enquêteurs.

L'échantillon des agents de santé et celui des agents de santé communautaire prévu a pu être atteint.

Toutefois, compte tenu du fait que les enquêteurs étaient des agents de santé faisant partie du système de santé dont la neutralité n'est certainement pas effective, la précision de notre étude est relativement moyenne et pourrait contribuer à des conclusions différentes d'autres études avec une précision élevée.

De plus, notre étude étant de type transversal, nous ne prétendons pas mettre en évidence des relations de causalité. Néanmoins, nous estimons que ces insuffisances n'entachent pas nécessairement la validité de notre travail de recherche.

De ce qui précède, nous pouvons dire que les résultats de notre étude reflètent la réalité dans le domaine des interventions à base communautaire pour la lutte contre la malnutrition aiguë des enfants et des femmes enceintes au sein des populations du district sanitaire de Yako. Nous pensons que cette étude est reproductible dans les autres districts du Burkina-Faso.

6.1.1.2 De l'atteinte des résultats

L'étude a permis d'obtenir l'appréciation par les ménages, de la fréquence de la malnutrition et les connaissances sur la malnutrition : ses causes, sa vulnérabilité, ses conséquences et les possibilités de moyens de prévention et de guérison de la malnutrition.

Ainsi, nous pouvons dire que notre premier objectif spécifique qui consistait à apprécier les connaissances, attitudes et pratiques des ménages en matière de lutte contre la malnutrition aiguë a été atteint.

Notre deuxième objectif spécifique qui était d'apprécier le niveau d'adhésion des ménages aux programmes de nutrition communautaire en vue de la prise en charge de la malnutrition aiguë a aussi été atteint. En effet, nous avons pu mettre en évidence, par l'analyse statistique, que l'adhésion des ménages aux activités de nutrition communautaire est insuffisante dans le district sanitaire de Yako.

Par ailleurs, l'analyse des données récoltées nous a permis de mettre en évidence l'insuffisance de management dans les activités de nutrition communautaire dans les formations sanitaires périphériques.

En effet l'insuffisance de formation/recyclage des agents et des ASC, l'absence de supports de communication en matière de nutrition, l'insuffisance de motivation des ASC de certains villages sont autant des difficultés liées aux mangements des programmes qui déterminent la faible adhésion des ménages.

Notre hypothèse que les insuffisances dans le management des programmes et projets de nutrition communautaire limitent l'adhésion des communautés dans le processus de planification et de mise en œuvre desdits programmes et projets se trouve ainsi confirmée.

Enfin, nous avons pu apprécier un des volets du management des projets notamment, la planification des activités de lutte contre la malnutrition effectuée par les agents de santé des CSPS enquêtés. Des insuffisances ont été mises en évidence.

Cela confirme davantage la deuxième hypothèse qui supposait que les insuffisances dans le management des programmes et projets de nutrition communautaire limitent l'adhésion des communautés dans le processus de planification et de mise en œuvre desdits programmes et projets. Ce qui ne permettrait pas de réduire la fréquence de la malnutrition si ces insuffisances perdurent

Ainsi nous pouvons dire que le cadre conceptuel de notre étude a donc été validé par les résultats que nous avons obtenus.

VI.1.2 DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

De l'âge des enquêtés

La majorité des enquêtés soit 60% avait un âge compris entre 20 et 45 ans. Cette tranche de la population d'enquête est constituée de chefs de ménage qui étaient mieux indiqués à répondre à nos questions. Ils comprendraient davantage l'importance d'aborder le problème de la malnutrition dans les cellules familiales.

Du sexe des enquêtés

Nous avons interviewé plus de femmes (64%) que d'hommes (36%) avec un sex-ratio de 0,64 dans notre échantillon. Ce résultat est comparable avec ceux trouvés par Sorgho E [30] qui avait trouvés que 90% des parents enquêtés de sexe féminin. Cette tendance s'explique du fait que dans nos sociétés ce sont les femmes qui s'occupent plus des enfants. Cela sera plus vrai pour les soins de santé préventive et de promotion sociale.

Du niveau d'instruction

Près de 45% des parents enquêtés était sans aucune instruction et 12% alphabétisé. 39% ont passé sur les bancs de l'école classique dont 29% avaient obtenu le niveau primaire. Nos résultats corroborent avec ceux trouvés par KOUSSOUBE D. [31] qui a trouvé que 60,8% des mères n'avaient aucune instruction (ni alphabétisés, ni scolarisés) et 33,75 scolarisés dont 12% ont atteint le niveau secondaire.

Cela peut constituer un obstacle à la compréhension de l'adhésion aux activités de nutrition communautaire. Dans le même ordre d'idée, LOUGOUSSE T. [32] affirme que « le niveau d'instruction est un facteur de motivation à la demande de soins ». Donc le faible niveau d'instruction peut être un facteur déterminant la faible adhésion des ménages aux programmes de nutrition communautaire.

En ce qui concerne notre étude nous pourrions dire que les activités de sensibilisation menées par les ONGs dans le cadre de lutte contre la malnutrition ont certainement influencé les réponses des mères, les pères et les tutrices en charge des enfants malnutris. Ceci qui nous permet de dire qu'il ne faut pas négliger le travail déjà fait par les partenaires sur le terrain.

VI.1.3 CONNAISSANCES ET PERCEPTIONS DES PARENTS SUR LA MALNUTRITION AIGUE

Définition-causes-vulnérabilités-conséquences-moyens de prévention et de traitement.

18% des enquêtés (*mères, pères, tuteurs/tutrices des enfants malnutris*) savent donner une définition assez bonne de la malnutrition. (*Maladie due à une alimentation déséquilibrée*). Cependant 58% des interviewés affirment que la malnutrition est une maladie des enfants. Cette insuffisance pourrait influencer la diligence des parents à prendre en charge les cas d'enfants malnutris dans les ménages.

La connaissance de la malnutrition est perçue comme fréquente (48%) par les ménages dans les villages enquêtés. Cette situation pourrait s'expliquer par soit une différence de compréhension de l'appréciation des enquêteurs en termes de « rare » et « fréquent » soit par l'existence réelle d'enfants malnutris.

Ces résultats sont comparables à ceux trouvés par Julie GABRIEL [33] qui avait trouvé 36,4% avec [p=0,4895] des femmes enquêtées déclarent que la malnutrition est fréquente. De même Ouépaké AOUEHOUGON [34] a trouvé dans son étude sur la malnutrition protéino-énergétique et ses facteurs de risque dans le district sanitaire de Tougan que chez les enfants de 6 à 59 mois, la M PE est également très fréquente : en effet, 45.0% [39.0 ; 51,0] d'entre eux souffrent d'une forme ou d'une autre de MPE.

Les principales causes de la malnutrition connues par la plupart des enquêtés sont : mauvaises récoltes (42%), la pauvreté (85%), les grossesses rapprochées (57%). Ces causes citées par les enquêtés s'inscrivent dans l'esprit du cadre conceptuel de la malnutrition proposé par l'UNICEF [35].

De ce cadre conceptuel on retiendra qu'il existe des causes immédiates (alimentation inadéquate+ maladie), des causes sous-jacentes (sécurité alimentaire familiale+ environnement social+ santé publique), des causes fondamentales (infrastructures formelles et informelles+ idéologie politique+ ressources)

Les conséquences de la malnutrition sont très bien comprises par les enquêtés. Ils citent parmi d'autres le retard de développement psychique et physique de l'enfant, la mortalité infantile. Etc.

La connaissance est l'ensemble des informations que les ménages ont sur la malnutrition. Les caractéristiques de la malnutrition désignés par les interviewés montre que l'amaigrissement est cité dans l'ensemble des réponses à (80%), l'anorexie à (72%). En effet pour mieux comprendre et maîtriser la lutte contre la malnutrition il est important de connaître les caractéristiques de celle-ci.

Pour les ménages enquêtés leurs connaissances des signes de la malnutrition paraissent satisfaisantes. Ce qui devrait leur permettre d'adhérer aux activités de nutrition communautaire.

Mais l'influence des maris (41%), c'est-à-dire leur décision d'amener ou ne pas amener l'enfant au site de soins nutritionnels pourrait constituer un facteur de non adhésion. Cet aspect du fait est aussi confirmé par certaines études.

VI.1.4 CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES MENAGES VIS-A-VIS DES PROGRAMMES DE NUTRITION.

Quant à la possibilité de prévenir et de guérir de la malnutrition tous les enquêtés (100%) pensent qu'il est possible de guérir et de prévenir de la malnutrition. Les attitudes et pratiques connues étaient de « bien manger », « aller au dispensaire », mettre en applications les conseils nutritionnels des agents de santé » etc.

Ceci constitue un atout pour la réussite des interventions de nutrition communautaire. En effet, les actions de nutrition communautaire sont bénéfiques selon les ménages. Car les conseils et les aides alimentaires permettent de réduire la morbidité et la mortalité dues à la malnutrition.

VI.1.5 CONNAISSANCES DES ASC EN MATIERE DE NUTRITION

Sur les 10 agents de santé communautaires (ASC) enquêtés 60% ont le niveau du primaire et 10% alphabétisés. Les 30% restant ne sont ni alphabétisés ni scolarisés.

En s'intéressant au niveau de connaissance des ASC sur la malnutrition et les avantages des programmes de nutrition communautaire, en tant qu'acteur chargé de mener la sensibilisation de proximité, il est ressorti des définitions de la malnutrition suivantes : maladie des enfants (20%) maladie liée à l'alimentation dans 70%% et 10% des réponses évoquent un déséquilibre alimentaire.

Les avantages ont également été cités comme protection des enfants et des femmes contre la malnutrition (100%), améliorer la situation nutritionnelle des populations (80%).

VI.1.6 ROLE DES ASC DANS LA MISE EN ŒUVRE DES PROGRAMMES DE NUTRITION COMMUNAUTAIRE

Les agents de santé communautaire jouent un rôle d'appui aux structures de santé formelles. 100% des enquêtés sont impliqués dans les activités de nutrition communautaire.

VI.1.7 ACTIVITES D'IEC EN FAVEUR DES ACTIVITES DE NUTRITION COMMUNAUTAIRE

En termes d'appui apporté, il a été cité l'aide à la sensibilisation de la communauté l'appui aux agents de santé pour la pesée des enfants, la recherche des perdus de vue, la détection des cas de malnutrition par le MUAC.

En termes de stratégies utilisées par les agents de santé communautaires pour donner l'information sur la malnutrition, il a été cité les causeries sur le site de récupération nutritionnel et les théâtres forum. Ces résultats sont comparables à ceux trouvés par JULIE G (2007), dans son mémoire portant sur l'Evaluation à mi-parcours d'une intervention nutritionnelle dans une province rurale du Burkina Faso (Projet nutritfaso communautaire de la province de la gnagna), qui a trouvé que la couverture des activités éducationnelles est très variable.

Pour elle le théâtre atteint une couverture de 42% et les visites à domicile (36,5%). Cette couverture dépend selon JULIE G (2007), des acteurs du terrain mais aussi de la motivation des ASC.

VI.1.8 SUGGESTIONS POUR LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIVITES DE NUTRITION COMMUNAUTAIRE.

La motivation des ASC, la disponibilité des supports IEC et la formation des agents de santé en nutrition communautaire sont les suggestions formulées par la plupart des acteurs sur le terrain. En effet tous ces éléments évoqués sont davantage la clé de voûte d'un succès à un programme de nutrition dans la communauté.

VI.2. Synthèse des résultats

L'analyse et la discussion des résultats nous ont permis de mettre en évidence que les connaissances, les perceptions des ménages sur la malnutrition et les possibilités d'actions de lutte contre la malnutrition ainsi que la capacité de management des programmes sont à même de déterminer l'adhésion ou non des ménages aux programmes de nutrition communautaire dans le district sanitaire de Yako. Ces facteurs sont résumés en points forts et en points à améliorer.

POINTS FORTS :

Les mères, les pères et tuteurs/tutrices d'enfants

La majorité des parents connaissent ce que c'est que la malnutrition, ses causes et ses conséquences.

Les parents enquêtés sont conscients de la vulnérabilité et de la gravité de la malnutrition aigüe chez les enfants et les femmes enceintes

Les parents d'enfants malnutris reconnaissent qu'il y a des actions pour prévenir et guérir de la malnutrition chez les enfants et les femmes enceintes

Les agents de santé communautaire

Les ASC sont conscientes de la fréquence de la malnutrition chez les enfants
Ils sont impliqués dans les activités de nutrition communautaires.

Le paquet minimum d'activités des ASC pour la lutte contre la malnutrition comprend la sensibilisation de la communauté, le dépistage des cas de malnutrition par le MUAC, la recherche des perdus de vue, la pesée des enfants.

Les agents de santé

Les agents de santé sont conscients de la fréquence de la malnutrition dans les villages de leur aire sanitaire.

La majorité des infirmiers chef de poste participent à la planification des activités de nutrition communautaire.

Néanmoins il existe des points à améliorer :

POINTS A AMELIORER

Les mères, les pères et tuteurs/tutrices d'enfants

Insuffisance d'informations de qualité sur la malnutrition

Les agents de santé communautaires

Insuffisance de supports de communication

Insuffisance de motivation des ASC

Inadaptation des messages aux réalités socioculturelles

Les agents de santé

Insuffisance de formation/recyclage des agents de santé sur la nutrition communautaire

Insuffisance de supports de communication dans les formations sanitaires.

A l'issue de la discussion de nos résultats nos hypothèses suivantes ont été vérifiées :

Les ménages adhèrent aux programmes de nutrition communautaire s'ils ont des connaissances en matière de nutrition et s'ils perçoivent, la nutrition comme dimension importante dans leur vie.

Les insuffisances dans le management des programmes et projets de nutrition communautaire limitent l'adhésion des communautés dans le processus de planification et de mise en œuvre desdits programmes et projets.

Au regard des insuffisances relevées ci-dessus, nous avons formulé des recommandations qui se trouvent dans le chapitre qui suit.

VII. RECOMMANDATIONS

Au regard des points à améliorer et des suggestions de l'ensemble des enquêtés, les recommandations suivantes peuvent être formulées à l'équipe cadre du district sanitaire de Yako, aux responsables des formations sanitaires et aux mères, pères, tuteurs/tutrices d'enfants.

A l'ECD

A court terme

Elaborer un plan de communication sociale pour la nutrition

Mettre en œuvre le plan de communication.

Former et recycler les agents de santé et les agents de santé communautaire en matière de nutrition communautaire

A long terme

Organiser des campagnes de sensibilisation dans chaque village afin d'améliorer les connaissances des ménages sur la malnutrition

Mettre en place un système de monitoring des activités de nutrition communautaire

Aux ICP

Pratiquer l'IEC/CCC à l'endroit des ménages pour améliorer leur adhésion aux activités de nutrition communautaire

Renforcer les visites à domicile avec des thèmes de santé et nutrition

Aux mères, pères, tuteurs/tutrices d'enfants

Participer aux séances d'éducation nutritionnelle organisée par les agents de santé.

Respecter les rendez-vous donnés par les animateurs nutritionnels sur les sites de récupération nutritionnelle.

VIII. CONCLUSION

Notre étude a pour thème les « facteurs déterminant la faible adhésion des ménages aux programmes de nutrition communautaire pour la lutte contre la malnutrition aigüe dans le district sanitaire de Yako ». Pour cela nous avons mené une étude transversale à visée descriptive. La méthode utilisée est l'enquête. La technique utilisée pour collecter les données est le questionnaire.

Au terme de l'analyse et de la discussion des résultats, nous sommes arrivés à la confirmation de nos hypothèses de recherche. En effet, la faible adhésion des ménages aux programmes de nutrition communautaire est déterminée par les facteurs liés aux connaissances des ménages sur la malnutrition les perceptions des ménages sur la gravité, la vulnérabilité de la malnutrition et les conséquences perçues par les ménages ainsi que la probabilité d'existence de moyens de prévention et de guérison. A ces facteurs s'ajoutent les aspects de management des programmes et projets de nutrition communautaire.

Les points à améliorer se résument :

- L'insuffisance des connaissances de la plupart des enquêtés sur la définition des cas de malnutrition.
- L'insuffisance des activités de communication en nutrition
- L'insuffisance de formation/recyclage des professionnels de santé et des agents de santé communautaire.
- L'insuffisance de supports de sensibilisation dans les formations sanitaires.

A l'issue de l'étude, quelques recommandations/suggestions ont été formulées respectivement a l'équipe cadre de district, aux infirmiers chef de poste et aux mères, pères, tuteurs/tutrices des enfants des villages du district sanitaire de Yako.

Cette étude ne saurait prétendre explorer entièrement un domaine aussi vaste que celui de l'adhésion des ménages aux programmes de nutrition communautaire.

Aussi, d'autres études pourraient aborder les aspects comme les facteurs socio-économiques, environnementaux du district sanitaire de Yako.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

[7], [12], [13], [29], **Kinday Samba Ndure et al**, Août 1999, Pour un programme de nutrition communautaire durable : pratiques prometteuses et leçons tirées de l'expérience, DC, USAID, Washington, 78 p

[11] **MINISTERE DE LA SANTE**, Juin 2008, Annuaire Statistique 2007, direction des études et de la planification, Ouagadougou, 260 p

[4] **OMS**, 1982, Guide pour la formation en nutrition des agents de santé communautaire, Spottiswoodes-3000, Angleterre 132 p

[28] **Institut National de la Statistique et de la Démographie**, 2003, Enquête Démographique et de Santé du Burkina Faso (EDS), Ouagadougou, 455 p

RAPPORTS

[1] **FAO**, 2009, Rapport de la Trente-sixième session du comité de la sécurité alimentaire mondiale, FAO, Rome 14-17 octobre 2009, 38 p

[5] **Ministère de la santé**, 2009, Enquête nutritionnelle nationale, SMART, Ouagadougou, 54 p

[6], [8], [9], [10] **Ministère de la santé**, 2007, Politique Nationale de nutrition, Ouagadougou, pp 6-17

[15] **Eau vive** (2008), projet de nutrition communautaire et sécurité alimentaire durable, ONG Eau Vive, juillet, Ouagadougou, 2 p

MEMOIRES

[2], ILBOUDO Tinga. F. 2003 « Facteurs déterminant le faible taux de récupération nutritionnelle chez les enfants de moins de 5 ans dans le district sanitaire de Barssalgho. » Ouagadougou, ENSP, 91p

[14] OUEDRAOGO B. 1995, « Connaissances, attitudes et pratiques des mères vis-à-vis des vaccinateurs dans la province du Yatenga (Burkina Faso), IRSP Cotonou 204p

[24] ZEBA I. 2005, « les facteurs limitant le suivi de la croissance des enfants de 0 à 5 ans à la SMI du district sanitaire du secteur 22 de Bobo », Ouagadougou, ENSP; 78 p

[27] LOUGUE D. (2009), «Facteurs influençant la surveillance de la croissance staturo-pondérale des enfants de 0-5 ans dans le district sanitaire de Boussé : cas des CSPS urbains de la commune de Boussé », Ouagadougou, ENSP 85p

[30] SORGHO E. 2008 « Facteurs limitant le suivi de la croissance des enfants de 0-5 ans dans la commune rurale de Bindé du district sanitaire de Manga », Ouagadougou. ENSP, 90p

[31] KOUSSOUBE D. 2008, « Facteurs limitant la surveillance de la croissance des enfants de 0-5 ans dans le district sanitaire de Garango » Ouagadougou, ENSP, 87p

[33] JULIE G. 2007, « Evaluation à mi-parcours d'une intervention nutritionnelle dans une province rurale du Burkina Faso (projet nutrifaso communautaire dans la province de la gnagna)» Montpellier, Université Montpellier II, 88 p

[25,34] AOUEBOUGOU O. 2007, «La malnutrition protéino-énergétique et ses facteurs de risque chez les enfants de moins de cinq ans dans le district sanitaire de Tougan». Ouagadougou, ENSP, 136p

THESES

[3] **ZEI M.** (1975), «Contribution aux problèmes de malnutrition en zone tropicale», Faculté mixte de médecine et de pharmacie d'Angers, université d'Angers, 137 p

[26] **NIKIEMA P.** (2003), «Etude de l'utilisation des fiches de prise en charge nutritionnelle des enfants par les agents de santé de la ville de Ouagadougou». Ouagadougou/Burkina Faso, faculté des sciences de la santé, Université de Ouagadougou, 83 p

[32] **LOUGOUSSE T.** (1986) « Les prestations curatives dans la zone médicale de Solenzo » Ouagadougou, Faculté de médecine, Université de Ouagadougou, 103 p

ARTICLES

[35] **UNICEF**, (1992), Food, Health and Care: The UNICEF Vision and Strategy for a World free from Hunger and Malnutrition. UNICEF: New York, p 9

INTERNET

[16], [17], [18], [19], [20], [21], [22], [23], www.unicef.org/french, LA SITUATION DES ENFANTS DANS LE MONDE (2008) La survie de l'enfant 164 pages. *Consulté le 29/01/2010*

www.unicef.org/french, PRISE EN CHARGE COMMUNAUTAIRE DE LA MALNUTRITION AIGUE SEVERE *Consulté le 29 /01/2010*

Facteurs déterminant la faible adhésion des ménages aux programmes de nutrition communautaire pour la lutte contre la malnutrition aigüe dans le district de Yako (Burkina-Faso)

TONDE Koudougou dit Ousséni

Résumé

Plusieurs programmes de nutrition communautaire ont été mis en œuvre au Burkina Faso, avec l'ambition de réduire la morbidité et la mortalité liées à la malnutrition. L'expérience des ONGs Terre des hommes, Médecin Sans Frontière, Groupement Naam sont des cas d'école dans la région sanitaire du Nord notamment dans le district de Yako. Pour qu'un programme de nutrition communautaire soit un succès il faut absolument l'implication de la communauté, voire l'adhésion des ménages aux activités desdits programmes. Mais le constat qui se dégage dans le district sanitaire de Yako est que l'adhésion des ménages aux programmes de nutrition communautaire reste insuffisante. Notre étude a pour but donc de renforcer l'adhésion des ménages aux activités de nutrition communautaire dans le district sanitaire de Yako. Elle a pour objectif général d'étudier les facteurs déterminant la faible adhésion des ménages aux programmes de nutrition communautaire dans le district sanitaire de Yako. Il s'agit d'une étude transversale descriptive qui a concerné cent (100) ménages choisis au hasard dans dix (10) villages et dans cinq (05) CSPS retenus pour l'enquête. L'enquête a duré deux jours. L'échantillonnage a été aléatoire, l'analyse des données collectées s'est faite avec les logiciels Epi-Info et Excel. Les résultats montrent que les connaissances des ménages sur la malnutrition, les causes et les conséquences ainsi que la prise de conscience marquée, sur la fréquence et la vulnérabilité de la maladie déterminent l'adhésion des ménages aux activités de nutrition communautaire dans le district de Yako. L'insuffisance de formation/recyclage des professionnels de santé et des agents de santé communautaire utilisés comme des correspondants nutritionnels, l'absence de supports IEC dans les CSPS, l'insuffisance de motivation des agents de santé communautaire sont également des facteurs déterminants l'adhésion des ménages aux activités de santé et nutrition. L'enquête a également révélé que les maris, ne s'impliquent pas davantage pour la participation des femmes aux activités de nutrition communautaire, en témoigne seulement 3% de père accompagnent leur enfant aux sites de nutrition communautaire. xvii Les suggestions pour améliorer l'adhésion des ménages aux activités de nutrition communautaire se résument en la motivation des ASC, la formation/recyclage des professionnels de santé. A l'issue de l'étude un plan de communication est recommandé pour renforcer l'adhésion des ménages aux programmes de nutrition communautaire dans le district sanitaire de Yako.

RUFSO Revue "Université sans Frontières pour une Société Ouverte"

ISSN : 2313-285x (en ligne)

Volume 35: numéro 2

Site Web de la revue: rufso.org

Thèse:

Langue : Français

Titre : Facteurs déterminant la faible adhésion des ménages aux programmes de nutrition communautaire pour la lutte contre la malnutrition aigüe dans le district de Yako (Burkina-Faso)

Auteur : TONDE Koudougou dit Ousséni

Publiée: Février 2023

Doi : [10.55272/rufso.rjsse](https://doi.org/10.55272/rufso.rjsse)