Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 8 (2)
ISSN: 1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 28 March 2026
Accepted, 1 August 2026
Published, 3 August 2026
https://www.revue-rasp.org
To cite: Kamara, S. M. (2026). Diagnostic de la gouvernance locale en santé et nutrition : Cas du Foyer de Renforcement des Activités de Nutrition Communautaire (FRANC) dans les régions du Bafing et du Kabadougou au nord-ouest de la Côte d'Ivoire. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, 8(2), pp.300-316.* https://doi.org/10.4314/rasp.v8i2.21
Research

Diagnostic de la gouvernance locale en santé et nutrition : Cas du Foyer de Renforcement des Activités de Nutrition Communautaire (FRANC) dans les régions du Bafing et du Kabadougou au nord-ouest de la Côte d'Ivoire.

Diagnosis of local governance in health and nutrition: Case of the Community Nutrition Activity Strengthening Center (FRANC) in the Bafing and Kabadougou regions in northwestern Côte d'Ivoire.

KAMARA Siaky Motihé

Département de Sociologie et d'Anthropologie, Université Jean Lorougnon GUEDE, Daloa, Côte d'Ivoire

Correspondence : Email : siakym2016@gmail.com, Tel: +225 0708039877 / 0555939118

Résumé

La malnutrition demeure un problème majeur de santé publique en Côte d'Ivoire, particulièrement dans les régions du nord-ouest où les indicateurs nutritionnels restent préoccupants. Dans ce contexte, le FRANC constitue un dispositif de proximité visant à prévenir et à prendre en charge la malnutrition au moyen d'une approche participative. Cette étude a pour objectif de diagnostiquer la gouvernance locale des FRANCS dans les régions du Bafing et du Kabadougou afin d'identifier les acteurs impliqués, d'analyser les mécanismes de coordination et de participation, et d'examiner les défis liés à la gouvernance communautaire. Une approche mixte a été mise en œuvre en juillet 2024 dans 15 localités. Les données ont été collectées auprès de 97 participants à l'aide d'entretiens semi-directifs, de groupes de discussion, d'observations directes, d'une revue documentaire et d'un questionnaire. Les données qualitatives ont fait l'objet d'une analyse thématique, tandis que les données quantitatives ont été traitées dans Excel. Les résultats montrent que la gouvernance des FRANCS repose sur une forte implication des communautés, à travers les comités locaux de pilotage, qui associent les autorités traditionnelles, les leaders religieux, les associations communautaires et les acteurs des secteurs de la santé et de l'éducation. Les activités sont dominées par la sensibilisation (10,80%) à l'inverse des activités productives telles que le petit élevage (2,02 %) et le jardin potager (2,70 %). La pérennité du dispositif est confrontée à plusieurs contraintes, notamment la précarité du bénévolat, les attentes financières des communautés et le faible niveau d'alphabétisation des animateurs.

Mots-clés : Gouvernance locale, nutrition communautaire, participation communautaire, malnutrition, FRANC, Côte d'Ivoire.

Abstract

Malnutrition remains a major public health problem in Côte d'Ivoire, particularly in the northwestern regions, where nutritional indicators continue to be a cause for concern. In this context, the FRANC is a community-based initiative that aims to prevent and treat malnutrition

through a participatory approach. The objective of this study is to assess the local governance of FRANCs in the Bafing and Kabadougou regions to identify the stakeholders involved, analyze coordination and participation mechanisms, and examine the challenges related to community governance. A mixed-methods approach was implemented in July 2024 in 15 localities. Data were collected from 97 participants using semi-structured interviews, focus groups, direct observations, a literature review, and a questionnaire. Qualitative data were analyzed thematically, while quantitative data were processed using Excel. The results show that FRANC governance relies on strong community involvement through local steering committees, which bring together traditional authorities, religious leaders, community associations, and stakeholders from the health and education sectors. Activities are dominated by awareness-raising (10.80%), compared with productive activities such as small-scale livestock farming (2.02%) and vegetable gardening (2.70%). The program's sustainability faces several challenges, including the precarious nature of volunteer work, communities' financial expectations, and the low literacy levels of program facilitators.

Keywords: Local governance, community nutrition, community participation, malnutrition, FRANC, Ivory Coast.

1. Introduction

La sécurité nutritionnelle demeure l'un des défis majeurs du développement humain au XXI^{e} siècle, s'inscrivant au cœur de l'Objectif de Développement Durable n°2 des Nations Unies. La Côte d'Ivoire, à l'instar de nombreuses économies émergentes, fait face à une transition nutritionnelle complexe caractérisée par le « triple fardeau » de la malnutrition : la persistance de la sous-nutrition, l'émergence des carences en micronutriments et la progression alarmante de la surnutrition (obésité et maladies chroniques liées à l'alimentation). Cette situation nutritionnelle constitue un déterminant critique de la mortalité infanto-juvénile et un frein à la productivité nationale. En effet, en 2016, le retard de croissance touchait encore 21,6 % des enfants de moins de 5 ans, avec des disparités régionales marquées, notamment dans les zones rurales et le nord du pays selon le Multiple Indicator Cluster Survey (MICS, 2016).

Face à cette urgence, le gouvernement ivoirien a hissé la lutte nutritionnelle au rang de priorité nationale. Cet engagement s'est matérialisé par l'adhésion au mouvement mondial Scaling Up Nutrition (SUN) et la mise en place d'une architecture institutionnelle robuste, pilotée par le Conseil National pour la Nutrition (CNN) devenu aujourd'hui le Conseil National pour la Nutrition, l'Alimentation et le Développement de la Petite Enfance (CONNAPE). L'élaboration du Plan National Multisectoriel de Nutrition (PNMN, 2016-2025) et le lancement du Projet Multisectoriel de Nutrition et de Développement de la Petite Enfance (PMNDPE) en 2018 marquent une volonté de décentraliser l'action. Le pivot de cette stratégie est le FRANC, conçu comme une plateforme de proximité pour la prise en charge et l'éveil de l'enfant (PSNDPE, 2023).

La gouvernance locale en santé et nutrition ne se limite pas à la simple prestation de services ; elle englobe la gestion complexe des interactions entre acteurs formels et informels. Le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD, 2014) définit la gouvernance locale comme l'ensemble des institutions, mécanismes et processus par lesquels les citoyens expriment leurs intérêts et exercent leurs droits au niveau infranational.
La première approche communautaire pour la réhabilitation nutritionnelle a été réalisée à travers le projet de Foyer d'Animation et de Réhabilitation Nutritionnelle (FARN), mis en œuvre par Action Contre la Faim (ACF) en 2012 dans la région du Poro au Nord de la Côte

d'Ivoire. La gouvernance du FARN fut caractérisée par un partenariale fragile entre ACF et l'ONG local nommé : Animation Rurale de Korhogo (ARK). Dans l'ensemble, la relation a été marquée par : un déficit de co-construction, des asymétries de pouvoir, une coordination insuffisante, et une faible institutionnalisation des mécanismes de collaboration. Ces limites ont compromis l'efficacité du partenariat et interrogent la capacité à faire du partenariat un levier stratégique durable sans un renforcement préalable des dispositifs de gouvernance (ACF, 2013).

De plus, les relations avec la Direction de Coordination du Programme National de Nutrition (DC PNN) se sont progressivement distendues, tandis que l'implication tardive du District Sanitaire (DS) n'a pas permis une planification adéquate ni une intégration effective des FARN dans le plan opérationnel du district (ACF, 2013).

Par ailleurs, la question de la pérennité apparaît comme le principal maillon faible du programme. Cet enjeu n'a été ni suffisamment anticipé lors de la phase de conception, ni véritablement intégré dans les stratégies de mise en œuvre. En raison de dissensions internes entre partenaires, aucune stratégie structurée de retrait progressif n'a été élaborée entre ACF et ARK, compromettant ainsi la continuité des actions après l'intervention.

Dans ce contexte, ces insuffisances traduisent des limites importantes en matière de coordination institutionnelle et de planification stratégique. Elles soulignent le rôle déterminant que devrait jouer la gouvernance locale dans l'anticipation de la durabilité, l'appropriation institutionnelle et l'ancrage des interventions dans les dispositifs publics existants.

L'objectif général de cette recherche est de réaliser un diagnostic de la gouvernance locale du FRANC dans les régions du Bafing et du Kabadougou. De manière spécifique, il s'agit :

- d'identifier les acteurs impliqués dans le fonctionnement des FRANC ;
- d'analyser les mécanismes locaux de coordination et de participation ;
- d'examiner les défis et contraintes liés à la gouvernance communautaire ;

En mobilisant la théorie de la gouvernance participative, telle que développée par Robert Putnam (2000), cette étude postule que la réussite des programmes de santé et de nutrition ne dépend pas uniquement de la mise en œuvre de politiques standardisées, mais de l'engagement actif des communautés locales dans le processus décisionnel. Dans les régions du Bafing et du Kabadougou, la perception des FRANC comme des espaces de co-construction favorise une véritable participation des populations. Cette dynamique transforme les citoyens en acteurs engagés, capables de contribuer à l'élaboration et à la mise en œuvre des interventions nutritionnelles. En intégrant leurs connaissances locales et en respectant leurs normes culturelles, les communautés acquièrent non seulement des compétences en matière de santé et de nutrition, mais elles renforcent également leur pouvoir de négociation face aux décideurs. Ainsi, la gouvernance locale devient un outil essentiel pour garantir le droit à la santé et au bien-être des enfants, en favorisant une approche inclusive et durable.

2. Matériels et Méthodes

2.1. Présentation du cadre de l'étude

Cette étude a été réalisée dans des localités des régions du Bafing et du Kabadougou, au nord-ouest de la Côte d'Ivoire. Le choix de ces régions repose sur l'Enquête Démographique et de

Santé (EDS) de 2021, qui a révélé que les enfants les plus touchés par la malnutrition chronique se trouvent dans cinq régions du pays, dont le Woroba (30 %) et le Denguélé (29 %).

2.2. Site d'étude et participant de l'étude

Il s'agit d'une étude qualitative et quantitative qui s'est déroulée en juillet 2024 dans les localités de trois communes : Koro, Booko et Odienné. Ces villes sont bénéficiaires des interventions du PMNDPE depuis plus de cinq (5) années, dans 14 régions administratives dont : le Kabadougou et le Bafing. Au total, 15 localités abritant les FRANC ont été enquêtés pendant l'étude. L'échantillon raisonné a pris en compte plusieurs critères, parmi lesquels la date d'ouverture, l'aire de santé de rattachement, la taille des communautés et la prévalence estimée au démarrage du FRANC.

Afin de saisir la complexité des interactions entre les différents acteurs, l'enquête a ciblé outre les bénéficiaires : les femmes mères ayants au moins un enfant de 0 à 59 et les hommes chefs de ménage mais également, l'ensemble de la chaîne de décision et d'exécution voir tableau 1.

À l'aide de l'échantillonnage par choix raisonné, l'échantillon est constitué de 105 enquêtés : 02 focus groupes avec les femmes mère ayants au moins un enfant de 0 à 59 mois ont été conduits avec 08 participantes par focus groupe, ce qui a donné 16 femmes mères, Les entretiens semi-directif ont été conduit auprès de 13 hommes chef de ménages et des acteurs impliqués dans la gouvernance du FRANC.

Tableau 1 : caractéristiques de l'échantillon

Enquêtes	Localités tirées	Nombres d'enquêtes	Sexe	Régions
femmes mère ayants au moins un enfant de 0 à 59 mois	Diabissedougou Toranou Tetoranou Moambasso Djamoutou Niamoutou Farako Nienesso	16	F	Régions du Bafing et du Kabadougou
hommes chef de ménages	Morondo Tomba Bassedoudou Badjouala, Baradjan, Bango, Niamana,	13	H	
Associations de femmes		15	F	Régions du Bafing et du Kabadougou
Associations des hommes		17	H	
Animateurs (trices) / ASC du FRANC		13	H et F	

Comité Local de pilotage (CLP)		15	H et F	
Superviseurs de l'Agence Exécution Locale (AEL)		3	H	Région du Bafing
Membre de l'Equipe Cadre de District Sanitaire (ECD)		3	F	Région du Kabadougou
Membres du Comité Sous-préfectoral d'Alimentation de la Petite Enfance (COSNAPE)		2	H	Région du Bafing
Total d'enquêtés		97		

Source : notre étude

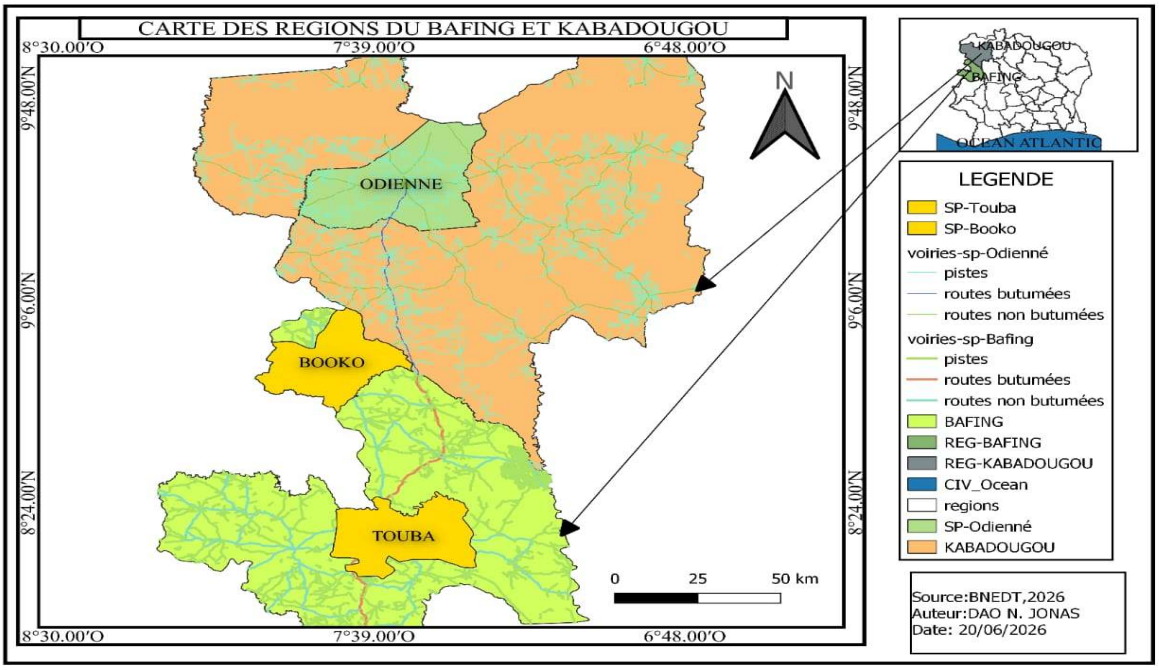


Figure 1 : Situation géographique des régions du Bafing et du Kabadougou

2.3. Collecte et traitement des données

Les données ont été collectées avec le consentement des participants et en garantissant leur anonymat via des :

- Grilles d'observation : Pour constater la présence du local abritant le FRANC et la mise en œuvre de certaines activités.
- Entretiens semi-directifs individuels : Destinés aux responsables institutionnels, administratifs pour comprendre la gouvernance ascendante et descendante. Egalement auprès des hommes chefs de ménage et des acteurs communautaires (animateurs, ASC) pour saisir les dynamiques de mobilisation collective autour du FRANC.

- Entretiens de group : Menés auprès des bénéficiaires que sont les femmes mères ayants au moins un enfant de 0 à 59 mois

Les données quantitatives ont été rassemblées à partir d'une recherche documentaire et d'une enquête de terrain : utilisation d'une grille de lecture sur les différents rapports et un questionnaire qui a permis de déterminer la proportion des activités réalisées dans les FRANC et de quantifier le niveau d'instruction des animateurs (trices).

Les transcriptions des entretiens ont été examinées en utilisant l'analyse de contenu thématique (Saraiva, 2014 ; Yoro, 2012). Suite à une première lecture des verbatims, les unités de sens ont été identifiées, codées et regroupées selon des thèmes en lien avec les questions principales des entretiens. Cela a permis de structurer et d'analyser les données de façon cohérente.

Les données quantitatives rassemblées à partir d'une recherche documentaire sur les différents rapports et un questionnaire et ont permis de consolider les données issues des entretiens et des visites de sites. Dans un souci d'objectivité et de validité des résultats, nous avons croisé, à plusieurs reprises, les informations collectées. En ce que concerne les données quantitatives, l'analyse s'est effectuée à travers le logiciel de traitement de donnés Excel.

3. Résultats

3.1. Les acteurs impliqués dans le fonctionnement des FRANC

3.1.1. L'implication communautaire comme levier de gouvernance locale dans la prévention et la prise en charge de la malnutrition

Dans l'ensemble, les FRANC apparaissent comme des dispositifs communautaires fortement valorisés par les parents des localités du Bafing et du Kabadougou. Cette appréciation repose principalement sur les activités de sensibilisation nutritionnelle et les démonstrations culinaires qui y sont organisées. Les mères bénéficiaires interrogées pendant le focus group estiment que leur participation à ces activités a contribué à renforcer leurs connaissances en matière de nutrition, d'hygiène et de prévention sanitaire, notamment en ce qui concerne l'importance du lavage des mains. Elles soulignent également avoir acquis une meilleure compréhension des qualités nutritionnelles des aliments locaux grâce aux séances pratiques, aux échanges d'expériences et aux discussions menées avec les autres participantes. Une mère affirme :

« Grace au foyer, Je sais que la malnutrition est une maladie qui survient lorsque l'enfant ne mange pas équilibré. Avant pour bénéficier d'information la croissance de l'enfant il faut se rendre à l'hôpital.»

Par ailleurs, les FRANC sont perçus comme des structures de proximité facilitant le suivi de l'état nutritionnel des enfants au sein même de la communauté, sans nécessiter de déplacements fréquents vers les établissements de santé. Cette accessibilité permet aux ménages de réduire les coûts liés au transport, aux consultations médicales et aux traitements, tout en favorisant une prise en charge précoce et continue des enfants. Ainsi, les FRANC constituent, aux yeux des bénéficiaires, un mécanisme efficace de promotion de la santé nutritionnelle et de soutien aux familles au niveau communautaire. A la question de savoir qu'es de qui a changé avec l'installation du FRANC, un chef de ménage répond :

« - ici dans le village ? Oui, les agents du FRANC, conseillent et forment beaucoup les femmes sur la nourriture des enfants. Moi-même, j'ai suivi une séance de démonstrations culinaires avec ma femme, maintenant elle fait des repas pour notre bébé de 8 mois. » Homme Chef de ménage

3.1.2. Etat de fonctionnement et à l'organisation des FRANC

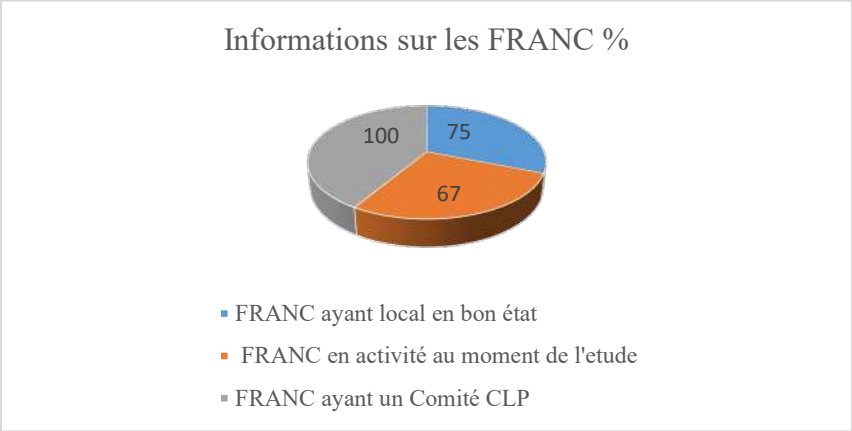


Figure 2 : Proportions sur l'état de fonctionnement et à l'organisation des FRANC
Source : notre étude

La figure 2 présente trois indicateurs relatifs à l'état de fonctionnement et à l'organisation des FRANC. Premièrement, 75 % des FRANC disposent d'un local en bon état. Ce résultat montre que la majorité des foyers bénéficient d'infrastructures relativement adéquates pour la mise en œuvre des activités de nutrition communautaire. Toutefois, l'existence de 25 % de FRANC dont les locaux sont dégradés ou insuffisamment adaptés révèle des contraintes matérielles susceptibles d'affecter la qualité de l'accueil des bénéficiaires, le stockage du matériel et l'organisation des activités éducatives et nutritionnelles.

Deuxièmement, 67 % des FRANC étaient effectivement en activité au moment de l'enquête**.** Ce taux indique que près de deux tiers des structures fonctionnaient normalement, mais il met également en évidence qu'environ un tiers des FRANC (33 %) étaient inactifs ou fonctionnaient de manière irrégulière**.** Cette situation peut traduire des difficultés liées à la mobilisation communautaire, au bénévolat des animateurs, au manque de ressources financières ou encore à l'insuffisance du suivi institutionnel.

Troisièmement, le tableau montre que 100 % des FRANC disposent d'un Comité Local de Pilotage (CLP)**.** Ce résultat témoigne d'une couverture organisationnell
e complète du dispositif et révèle que les mécanismes de gouvernance locale prévus par le programme sont formellement mis en place dans l'ensemble des localités étudiées. La présence systématique des CLP constitue un atout majeur pour la coordination des activités, la mobilisation des acteurs communautaires et l'appropriation locale des interventions nutritionnelles.

Dans l'ensemble, ces résultats mettent en évidence une gouvernance locale institutionnellement bien structurée**,** caractérisée par l'existence généralisée des CLP. Cependant, la différence observée entre la présence des organes de gouvernance (100 %) et le niveau réel de

fonctionnement des FRANC (67 %) suggère que la mise en place des structures ne garantit pas automatiquement leur efficacité opérationnelle. Cette situation souligne la nécessité de renforcer les ressources matérielles, l'accompagnement technique et les mécanismes de suivi afin d'assurer la pérennité et la performance des FRANC dans les régions du Bafing et du Kabadougou.

3.1.3. Composition et diversité sociologique des comités locaux de pilotage

Au niveau communautaire, la mise en œuvre des FRANC repose sur une structuration organisationnelle ancrée dans les systèmes de gouvernance locale. Le dispositif est généralement placé sous la supervision directe du chef de village et des dignitaires locaux, figures centrales de l'autorité traditionnelle et garantes de la cohésion sociale au sein des communautés rurales. Comme l'indique un superviseur de l'AEL :
« Chaque chef de village a mis en place son comité local de pilotage. Cela signifie qu'il existe d'abord un comité local chargé de la gestion complète du FRANC. Chaque village a créé son comité et nous a transmis la liste que nous avons examinée et validée. »

Les entretiens réalisés dans les localités étudiées montrent que les CLP reposent sur une composition plurielle associant différents groupes d'acteurs communautaires. Cette diversité vise à assurer une représentation des principales composantes sociales, culturelles et institutionnelles impliquées dans la mise en œuvre des activités du FRANC. Les témoignages recueillis illustrent cette logique de représentation :

« Moi-même le chef du village, j'ai dans mon équipe : l'infirmier du village, le directeur de l'école, le président des jeunes et la présidente de l'association des femmes. » (Chef de village)

A la question de savoir qui compose le CLP ? Un Chef de terre répond : *« Dans le bureau, il y le chef de village et son adjoint, l'imam, la présidente de l'association des femmes, le président des jeunes, le chef de la communauté allogène et l'infirmier. »*

« Ici je travaille avec les chefs de kabla, le chef des animateurs du FRANC, la représentante des femmes, le directeur de l'école et le président des jeunes. » (Chef de village)

L'analyse de ces discours révèle que les CLP sont constitués d'acteurs issus de sphères sociales complémentaires. Ils regroupent généralement les autorités traditionnelles (chefs de village, chefs de terre, notables et chefs de kabla), les leaders religieux, les responsables d'organisations communautaires (associations de femmes et de jeunes), les acteurs des secteurs de la santé et de l'éducation ainsi que les représentants des populations allogènes. Cette configuration témoigne d'une volonté d'associer les différentes catégories d'acteurs disposant d'une influence sociale ou institutionnelle au sein de la communauté.
La présence simultanée de ces acteurs répond à plusieurs objectifs. D'une part, elle favorise la circulation de l'information entre les structures du FRANC et les populations bénéficiaires. D'autre part, elle contribue à renforcer la légitimité des décisions prises et à faciliter l'adhésion des ménages aux activités de nutrition communautaire. L'intégration des responsables sanitaires et éducatifs permet également de mobiliser des compétences techniques utiles à la mise en œuvre et au suivi des interventions.

Par ailleurs, la participation des leaders religieux, notamment des imams dans certaines localités, reflète le poids des institutions religieuses dans la régulation de la vie sociale. Leur implication constitue un levier important de sensibilisation et d'influence sociale, particulièrement dans les domaines liés à la santé maternelle et infantile, à l'alimentation des enfants et aux pratiques d'hygiène.

Toutefois, cette diversité sociologique ne garantit pas automatiquement une participation équilibrée de tous les membres. Les entretiens laissent apparaître une prééminence des autorités coutumières dans les processus décisionnels, ce qui peut parfois limiter l'expression de certains groupes, notamment les femmes, les jeunes ou les représentants des communautés minoritaires. Ainsi, si les CLP constituent des espaces de concertation inclusifs sur le plan formel, leur fonctionnement réel demeure largement structuré par les rapports de pouvoir locaux.

Dans cette perspective, les CLP apparaissent comme des structures hybrides de gouvernance locale, à l'interface entre les institutions traditionnelles, les organisations communautaires et les services techniques. Leur composition constitue un atout majeur pour l'ancrage local du FRANC, mais elle soulève également des enjeux liés à la représentativité, à l'équilibre des pouvoirs et à l'effectivité de la participation communautaire. Cette réalité met en évidence la nécessité d'analyser non seulement la composition des CLP, mais également les modalités concrètes de leur fonctionnement afin d'apprécier leur contribution à la gouvernance locale de la nutrition.

3.14. Partenariats institutionnels

La mise en place du dispositif s'est également appuyée sur une collaboration entre les structures communautaires et l'AEL, qui joue un rôle d'interface entre les communautés et les autorités administratives, notamment les services sous-préfectoraux ou COSNAPE.

Dans ce cadre, l'AEL a contribué à la formation des animateurs et des volontaires sur le Paquet Minimum d'Activités (PMA). Ce processus de renforcement des capacités visait à doter les acteurs communautaires des compétences nécessaires pour conduire les activités de nutrition / santé et de développement de la petite enfance (éveil, préscolaire, stimulation précoce). Un superviseur explique :

« Nous avons demandé au chef et à ses notables de mettre un local à notre disposition afin que nous puissions le réhabiliter pour mener les activités. Nous leur avons aussi demandé de proposer des enfants et des jeunes du village. Ils ont mis des volontaires à notre disposition, et ces personnes ont été formées sur le Paquet Minimum d'Activités (PMA). »

Cette approche traduit une logique de co-construction des interventions, dans laquelle les communautés participent activement à la mise en place des infrastructures et à la mobilisation des ressources humaines.

Les entretiens réalisés auprès des acteurs institutionnels et communautaires révèlent également un niveau relativement élevé d'engagement des autorités administratives locales dans la mise en œuvre du dispositif FRANC. Cette implication se manifeste notamment à travers la participation des représentants du corps préfectoral aux activités de coordination, de suivi et de sensibilisation.

Plusieurs témoignages recueillis dans les régions du Bafing et du Kabadougou illustrent cette dynamique, un superviseur de l'AEL affirme :
« Grâce au PMNDPE, les sous-préfets du Bafing sont sensibilisés et impliqués dans le suivi des activités de nutrition des enfants dans leurs localités. »
Un sous-préfet de la région du Kabadougou précise : *« Des ateliers de suivi et d'évaluation sont organisés par l'Unité de Gestion du Projet à Yamoussoukro. Les préfets et les sous-préfets y sont conviés pour faire le point sur le fonctionnement des FRANC. »*
Au niveau communautaire, la présence ponctuelle des autorités administratives lors des activités de terrain est également perçue comme un facteur de légitimation du programme. Un chef de terre membre d'un CLP indique ainsi :
« Le sous-préfet est venu ici deux fois pour voir les activités du FRANC et vérifier si tout se passe bien. »
Ces observations montrent que l'implication du corps préfectoral contribue à renforcer la visibilité institutionnelle du programme, tout en favorisant la responsabilisation des acteurs locaux.

3.2. Fonctionnement du dispositif

3.2.1. Activités mise en œuvre au sein des FRANC

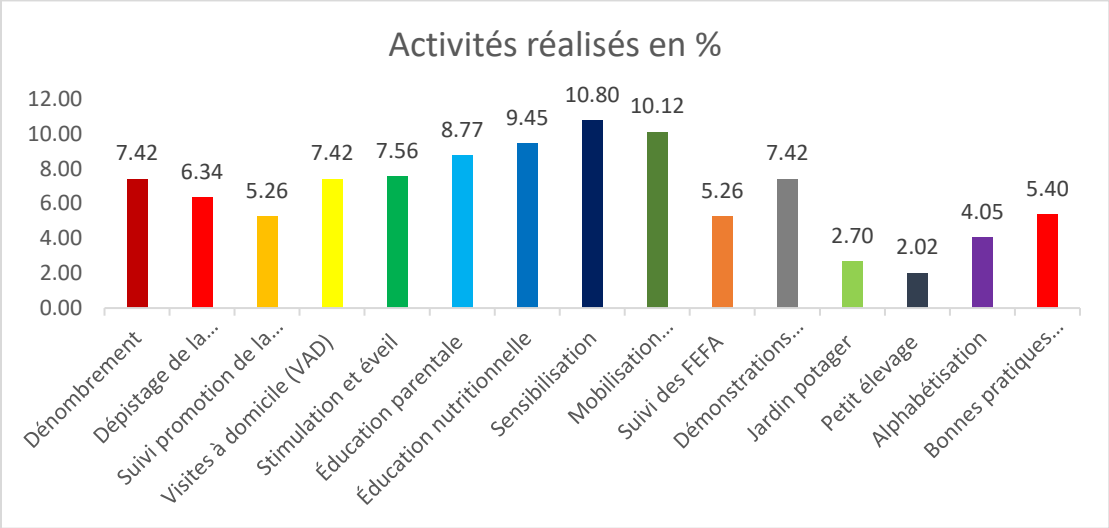


Figure 3 : Proportion des activités réalisées dans les FRANC
Source : notre étude

La figure 3 montre que la sensibilisation est l'activité la plus importante (10,80 %), suivie de la mobilisation communautaire (10,12 %) et de l'éducation nutritionnelle (9,45 %). Ces résultats montrent que les FRANC privilégient principalement les interventions de communication, d'information et de changement de comportements. À l'inverse, les activités productives telles que le petit élevage (2,02 %) et le jardin potager (2,70 %) occupent une place marginale dans les interventions réalisées. Cette répartition traduit une orientation du dispositif davantage centrée sur l'éducation nutritionnelle et la mobilisation sociale que sur les activités génératrices de ressources alimentaires au niveau communautaire.

3.2.2. Contribution communautaire et mobilisation des ressources locales

Les communautés jouent un rôle déterminant dans le fonctionnement quotidien des FRANC. Leur contribution se manifeste notamment à travers :

- la mise à disposition d'animateurs bénévoles ;
- la fourniture d'ingrédients pour les démonstrations culinaires ;
- la participation aux activités de sensibilisation.

Cependant, les observations de terrain révèlent que la durabilité de ces contributions reste inégale selon les localités. Certains chefs de communauté et notables apportent un soutien matériel régulier, comme l'illustre ce témoignage :

« Depuis qu'ils nous ont donné ces explications sur la nutrition, moi-même je donne des aliments et du riz. Nous avons commencé à nourrir les enfants selon leurs recommandations. »

Dans plusieurs villages des sous-préfectures de Koro et Booko (région de Touba), les contributions financières et alimentaires des chefs de kablas, des guides religieux et des notables ont permis de soutenir les activités nutritionnelles. Une animatrice explique :

« Ce sont les villageois qui donnent les ingrédients pour les préparations du foyer. Mais pour la bouillie des enfants malades, il faut acheter les condiments. Parfois le riz manque et certains chefs de kabla nous aident. »

Un autre animateur ajoute : *« Souvent même l'imam nous aide en nous approvisionnant en riz et en farine de mil. »*

Ces contributions témoignent d'une solidarité communautaire importante, mais également d'une certaine fragilité du système de financement local.

3.2.3. Développement de compétences locales en matière de prévention et de prise en charge de la malnutrition

La prévention et la prise en charge de la malnutrition au niveau communautaire reposent en grande partie sur le développement de compétences locales capables de soutenir durablement les interventions sanitaires et nutritionnelles. Dans le cadre de la mise en place des FRANC, cette stratégie de renforcement des capacités vise à doter les acteurs locaux des connaissances et des outils nécessaires pour identifier, prévenir et gérer les situations de malnutrition, en particulier chez les enfants de 6 à 59 mois et les femmes en âge de procréer c'est-à-dire 15 à 49 ans.

La mise en place de ces compétences nécessite un processus structuré de mobilisation, de formation et d'accompagnement des acteurs communautaires. Cette mission est principalement assurée par l'AEL, chargée de faciliter l'implantation du dispositif au sein des communautés, tout en veillant à la participation active des populations locales.

Ainsi, l'AEL intervient comme un acteur clé dans la facilitation du processus de mobilisation communautaire et dans la transmission des compétences techniques nécessaires au fonctionnement des FRANC. Comme l'explique un superviseur de l'agence :

« Nous avons pour mission de former et de coacher les animateurs (trices) sur les activités de nutrition et de DPE. La liste des volontaires est constituée sur proposition des chefs de village. »

Cette démarche illustre une approche de renforcement des capacités basée sur la participation locale, dans laquelle les communautés ne sont pas seulement bénéficiaires des interventions, mais deviennent également des acteurs directs de leur mise en œuvre.

Les témoignages recueillis auprès des animateurs confirment l'importance de ces formations dans la maîtrise des activités du programme. Une animatrice membre du CLP témoigne :
« Nous avons été formés à Daloa pendant cinq jours. Aujourd'hui, je peux faire le travail sans problème. »
Une autre participante précise : *« Nous étions deux à participer à la formation. Elle portait sur les activités qui doivent être menées dans les différents FRANC. »*
Ainsi, la formation constitue un instrument central de professionnalisation des acteurs communautaires, leur permettant d'assumer des responsabilités auparavant réservées aux structures sanitaires formelles.

3.3. Défis et contraintes liés à la gouvernance communautaire

3.3.1. Contraintes institutionnelles liées au rôle des agents de santé communautaires

Les observations de terrain montrent également une participation variable des ASC. Bien que relevant théoriquement du ministère de la Santé dans le cadre de la politique de santé communautaire, les ASC sont fortement sollicités par de nombreux programmes sanitaires au niveau du district. Cette situation réduit leur disponibilité pour les activités du FRANC et crée parfois une dépendance excessive à leur égard. Un membre du CLP explique :
« Dans notre FRANC, l'ASC est en même temps l'animateur, actuellement il est absent. Il est parti pour une activité de santé au district sanitaire de Booko. C'est lui qui peut vous répondre.»
Dans certains villages, l'ASC devient ainsi le principal détenteur des informations relatives aux activités du foyer.
Cette situation est aggravée par l'absence de rémunération des ASC, comme le souligne un infirmier responsable d'aire sanitaire :
« Les ASC ne perçoivent pas de salaire. Ils bénéficient seulement de certaines facilités d'accès aux services de santé. »

3.3.2. Le défi de la motivation des volontaires

Les animateurs du FRANC sont confrontés aux mêmes contraintes que les ASC. Bien que leur engagement ait été présenté dès le départ comme bénévole, beaucoup ont exprimé leur attente d'une compensation financière. Cette attente s'explique en partie par la perception selon laquelle la présence CONNAPE et d'une ONG internationale implique nécessairement l'existence de ressources financières.
Un superviseur de l'AEL explique : *« C'est la première ONG qui vient ici avec un projet étatique. Les communautés et les volontaires pensent automatiquement que nous sommes venus apporter de l'argent. »*
Une animatrice exprime cette frustration : *« Moi je souhaite que ceux qui sont devant cette activité nous donnent une rémunération. On ne peut pas laisser nos activités champêtres pour travailler dans le FRANC sans rien. »*
Face à cette situation, l'équipe de coordination du CONNAPE a tenté de maintenir l'esprit communautaire du programme en proposant des formes alternatives de motivation : (i) distribution de tee-shirts, (ii) prise en charge des frais de transport, (iii) délivrance d'attestations de participation.

3.3.3. Perceptions communautaires du projet et enjeux d'acceptabilité sociale

Les entretiens révèlent également que certaines communautés perçoivent le programme comme un projet gouvernemental financé par des bailleurs internationaux, notamment la Banque mondiale. Cette perception renforce l'idée selon laquelle les ressources financières devraient être redistribuées aux participants. Un notable membre du CLP affirme :

« C'est un projet piloté par la Banque mondiale. On ne peut pas nous dire qu'il n'y a rien dedans pour nous. »

Dans certaines localités, cette attente a même conduit au refus initial du programme.

Une femme présidente de l'association des femmes et membre du CLP rapporte :

« Quand ils sont arrivés, nous ne nous sommes pas entendus. Les jeunes ont exigé une aide financière avant de commencer les activités. »

Ainsi, l'acceptabilité sociale du programme dépend largement de la capacité des promoteurs à gérer les attentes économiques des populations.

3.3.4. Contraintes structurelles liées au niveau d'alphabétisation des animateurs

Tableau 2 : Niveau d'instruction des animateurs (trices) des FRANC

Niveau d'instruction	Animateur (trrice)	%
Jamais scolarisée	19	63
Primaire	7	37
Secondaire	4	13
Supérieur	0	0
Total	**30**	**100**

Source : notre étude

Les résultats du tableau 2 montrent que le niveau d'instruction des animateurs des FRANC demeure globalement faible. Sur les 30 animateurs recensés, 63 % n'ont jamais été scolarisés**,** 37 % ont atteint le niveau primaire et seulement 13 % disposent d'un niveau secondaire. Aucun animateur n'a bénéficié d'un enseignement supérieur. Cette situation constitue une contrainte majeure pour le fonctionnement des FRANC.

Le faible niveau d'alphabétisation limite la capacité de nombreux animateurs à assimiler certains contenus de formation, à renseigner correctement les outils de suivi et à assurer la collecte ou la transmission des données sanitaires. En conséquence, les responsabilités administratives et techniques sont souvent concentrées entre les mains de quelques personnes sachant lire et écrire. Cette situation est expliqué un chef de village :

« Ici, seulement deux personnes ont toutes les informations sur le FRANC. Ce sont eux qui ont été formés à Odienné parce qu'ils savent lire et écrire. »

Cette réalité crée une forte dépendance vis-à-vis d'un nombre restreint d'acteurs. Les observations de terrain confirment cette situation. En effet, dans certaines localités, l'absence temporaire des personnes formées suffisait à bloquer l'accès aux informations relatives au fonctionnement du FRANC. Les propos de ce chef de village en donne un aperçu :

« Aujourd'hui c'est jour de marché. Je vais appeler Diomandé Moussa, le chef adjoint des animateurs. C'est lui qui peut répondre à vos questions. » Dans un autre village, une animatrice

indique : *« Issouf, le chef des animateurs, est parti au champ. C'est la période de la récolte de l'anacarde. Attendez son retour ou revenez demain. »*

Ces témoignages montrent que la faiblesse du capital scolaire des animateurs favorise une concentration des compétences et de l'information entre quelques individus. Cette dépendance fragilise la continuité des activités, limite l'autonomie collective des équipes d'animation et constitue un défi important pour la pérennisation des FRANC.

4. Discussion

4.1. Gouvernance communautaire, diversité des acteurs et appropriation locale du dispositif

Les résultats montrent que la gouvernance des FRANC repose sur une forte implication des structures locales de pouvoir à travers les CLP, qui regroupent les autorités traditionnelles, leaders religieux, associations de femmes et de jeunes, ainsi que des acteurs des secteurs de la santé et de l'éducation. Cette diversité sociologique favorise la légitimité sociale des interventions et leur appropriation par les communautés.

Ces observations corroborent les travaux de Faye (2016) et de Rifkin (2014), qui soulignent que l'engagement des acteurs communautaires constitue un facteur déterminant de la durabilité des programmes de nutrition en Afrique subsaharienne. En Côte d'Ivoire, les études de suivi et évaluation menées dans le cadre du PMNDPE montrent également que l'implication des autorités traditionnelles renforce l'adhésion des populations et la légitimité des actions de santé communautaire (Banque mondiale, 2021). La présence de leaders religieux, notamment des imams dans certains CLP, confirme par ailleurs l'importance des relais socioculturels dans la promotion des changements de comportements liés à la nutrition et à la santé (Perry et al., 2017). Ces résultats rejoignent les expériences observées en Inde, où les programmes de nutrition communautaire s'appuient sur des acteurs locaux pour améliorer l'acceptabilité sociale des interventions (Avula et al., 2013 ; Menon et al., 2016), ainsi qu'au Brésil, où la participation citoyenne constitue un pilier de la gouvernance sanitaire locale (Rocha, 2009 ; Victora et al., 2011).

Toutefois, comme le souligne Cleaver (2012), la diversité des acteurs ne garantit pas nécessairement une participation équilibrée et peut parfois reproduire des rapports de pouvoir asymétriques. Ainsi, si les FRANC s'inscrivent dans une dynamique de gouvernance participative favorable à leur appropriation locale, leur efficacité demeure étroitement liée à la capacité des différents acteurs à collaborer de manière inclusive et équitable.

4.2. Prédominance des activités de sensibilisation dans les FRANC

Les résultats montrent que les activités les plus fréquemment réalisées au sein des FRANC sont la sensibilisation (10,80 %), la mobilisation communautaire (10,12 %) et l'éducation nutritionnelle (9,45 %). Cette configuration traduit une forte orientation du dispositif vers les stratégies de communication pour le changement social et comportemental, considérées aujourd'hui comme des composantes essentielles des programmes communautaires de lutte contre la malnutrition. En Inde, les *Integrated Child Development Services* (ICDS) accordent une place centrale à l'éducation nutritionnelle, aux conseils aux mères et à la communication pour le changement de comportement (Avula et al., 2013). Toutefois, ils indiquent également que l'impact nutritionnel demeure plus important lorsque ces interventions sont combinées à des actions de sécurité alimentaire et de diversification des moyens de subsistance. Les

expériences du Brésil confirment cette dynamique. Les programmes *Fome Zero* et *Estratégia Saúde da Família* ont largement mobilisé l'éducation nutritionnelle et la participation communautaire comme leviers de lutte contre l'insécurité alimentaire (Rocha, 2009). Cependant, contrairement aux FRANC, ces initiatives intègrent davantage des mécanismes de soutien à la production alimentaire locale, notamment à travers l'agriculture familiale, les jardins communautaires et les programmes d'achats publics de produits agricoles locaux. Au Burkina Faso, Olney et al. (2015) démontrent que les projets associant éducation nutritionnelle et production maraîchère améliorent simultanément la diversité alimentaire et l'état nutritionnel des enfants. Au Ghana, Ruel et Alderman (2013) soulignent également que les interventions exclusivement axées sur le changement de comportement produisent des résultats plus limités lorsqu'elles ne sont pas accompagnées d'actions renforçant l'accès physique et économique aux aliments.

4.3.Enjeux de la gouvernance communautaire dans la pérennisation des FRANC

4.3.1. Bénévolat, motivation et durabilité des interventions

L'un des résultats majeurs concerne la fragilité du bénévolat et les attentes financières des acteurs communautaires. Cette tension est largement documentée dans la littérature internationale. En Afrique subsaharienne, les programmes reposant sur des volontaires sont souvent confrontés à des problèmes de motivation et de rétention (Kok et al., 2015). L'absence de rémunération des ASC, observée dans nos résultats, correspond à une problématique récurrente dans les systèmes de santé communautaire. En Côte d'Ivoire, des études ont également montré que les ASC sont fréquemment sursollicités par plusieurs programmes, ce qui limite leur efficacité (Ministère de la Santé, 2017). En Inde, bien que les Anganwadi workers soient rémunérées, leur faible salaire et leurs conditions de travail affectent leur performance (Dasgupta et al., 2015). Au Brésil, en revanche, les agents communautaires de santé (Agentes Comunitários de Saúde) bénéficient d'un statut formel et d'une rémunération, ce qui contribue à la stabilité du système (Macinko et Harris, 2015). Ainsi, nos résultats confirment que la non-institutionnalisation du travail communautaire constitue une limite majeure à la durabilité des FRANC.

Par ailleurs, nos résultats soulignent toutefois une contrainte majeure : le faible niveau d'alphabétisation des animateurs 63%, qui limite l'appropriation des outils techniques. Cette difficulté est également documentée dans plusieurs contextes africains (Perry et al., 2017). Au Brésil, ce problème est moins marqué en raison d'un niveau d'éducation plus élevé et d'un encadrement institutionnel plus structuré. Ainsi, nos résultats confirment que le renforcement des capacités doit être adapté aux contextes socioculturels, notamment à travers des outils pédagogiques simplifiés et visuels.

4.3.2. Attentes financières des communautés et acceptabilité sociale

Les résultats révèlent également que la perception des communautés vis-à-vis des programmes de nutrition peut influencer leur acceptabilité. La recherche de Fournier et al. (1995) souligne que la participation communautaire doit être perçue comme un processus d'engagement et de responsabilité collective. En effet, Les attentes financières des communautés et la perception du projet comme une source de ressources monétaires constituent un facteur déterminant d'acceptabilité. Ce phénomène est bien documenté dans les interventions financées par des bailleurs internationaux (Molyneux et al., 2012). Dans le cas du FRANC, certaines communautés ont initialement rejeté le programme en raison d'attentes économiques non satisfaites. C'est l'exemple de l'étude de Gnomon (2013) sur la prise en charge de la

malnutrition au Tchad, où des attentes non satisfaites ont conduit à une résistance des populations aux interventions.

5. Conclusion

L'analyse de la mise en œuvre du FRANC dans les régions du Bafing et du Kabadougou met en lumière l'importance cruciale de la gouvernance locale dans la lutte contre la malnutrition et le développement intégré de la petite enfance. Les résultats montrent que l'engagement des communautés bénéficiaires, soutenu par des structures de gouvernance hybrides telles que les CLP, favorise une appropriation locale des interventions. Cette dynamique est essentielle pour garantir la durabilité des actions entreprises.

De plus, notre étude révèle que la répartition des activités traduit une orientation du dispositif davantage centrée sur l'éducation nutritionnelle et la mobilisation sociale que sur les activités génératrices de ressources alimentaires au niveau local.

Cependant, plusieurs défis demeurent, notamment la fragilité du bénévolat, les attentes économiques des acteurs communautaires et la variabilité de l'implication des autorités sanitaires. Ces éléments soulignent la nécessité d'une coordination renforcée entre les différents acteurs, ainsi que d'une institutionnalisation des mécanismes de participation communautaire pour assurer une mise en œuvre efficace des programmes nutritionnels.

En définitive, pour que les initiatives comme le FRANC atteignent leurs objectifs, il est impératif de développer des stratégies qui intègrent le capital social local, tout en renforçant les capacités des acteurs communautaires. Cela permettra de créer un environnement propice à la prévention et à la prise en charge de la malnutrition, garantissant ainsi le droit à la santé et au bien-être des enfants dans ces régions vulnérables.

Remerciements

Les auteurs expriment leur profonde gratitude à toutes les participantes de cette étude, qui ont généreusement contribué en donnant leur consentement libre et éclairé.

Conflit d'intérêts

L'auteur affirme que la soumission et la publication de ce manuscrit ne sont pas entachées de conflit d'intérêts.

Références

Action Contre la Faim (ACF). (2013). *Une approche communautaire pour la réhabilitation nutritionnelle et le changement des comportements alimentaires en Côte d'Ivoire : Évaluation externe des FARN*. Juin 2013, pp. 6-75.

Avula, R., Kadiyala, S., Singh, K., et Menon, P. (2013). The operational evidence base for delivering direct nutrition interventions in India. *Food and Nutrition Bulletin*, 34(2), S122–S151.

Banque mondiale. (2021). *Projet multisectoriel de nutrition et de développement de la petite enfance en Côte d'Ivoire*. Washington, DC.

Cleaver, F. (2012). *Development through bricolage : Rethinking institutions for natural resource management*. Routledge.

Dasgupta, A., et al. (2015). Quality of ICDS services in India. *International Journal of Health Policy and Management*, 4(11), 751–758.

Faye, S. L. B. (2016). Quand les mères « résistent » aux foyers d'Apprentissage et de Réhabilitation Nutritionnelle (FARNE) au Sénégal : analyse anthropologique d'un malentendu. *Face à Face. Regards sur la santé*.

Fournier, P., et Potvin, L. (1995). *Participation communautaire et programmes de santé : les fondements du dogme*. Sciences Sociales et Santé, **13**(2), 39–59. https://doi.org/10.3406/sosan.1995.1326 (Persée)

Gnomon, H. F. (2013). Perception de la prise en charge de la malnutrition aigüe sévère par la population au niveau communautaire versus centre de santé : District Sanitaire de Massakory-TCHAD. Master en Développement de l'Université Senghor.

Kok, M. C., et al. (2015). Which intervention design factors influence performance of community health workers? *Health Policy and Planning*, 30(9), 1207–1227.

Macinko, J., et Harris, M. J. (2015). Brazil's Family Health Strategy. *New England Journal of Medicine*, 372, 2177–2181.

Menon, P., Covic, N. M., Harrigan, P. B., et al. (2016). Strengthening implementation and utilization of nutrition interventions. *Global Food Security*, 8, 1–10.

MICS. (2016). *Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS 2016), Rapport final*.

Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (Côte d'Ivoire). (2017). *Politique nationale de santé communautaire*.

Molyneux, S., et al. (2012). Community accountability at peripheral health facilities. *Social Science & Medicine*, 75(2), 192–199.

Olney, D. K., Pedehombga, A., Ruel, M. T., et Dillon, A. (2015). A 2-year integrated agriculture and nutrition program targeted to mothers of young children in Burkina Faso reduces underweight among mothers and increases their empowerment. *The Journal of Nutrition, 145*(5), 1109–1117. https://doi.org/10.3945/jn.114.203539

Perry, H. B., et al. (2017). Community health worker programmes after the 2013–2016 Ebola outbreak. *BMJ Global Health*, 2(3).

Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD). (2014). *Gouvernance locale et développement durable*.

PSNDPE. (2023). *Document de Projet Santé Nutrition et Développement de la Petite Enfance : Orientations stratégiques 2023-2027*. Ministère de la Santé de Côte d'Ivoire.

Putnam, R. D. (2000). *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. Simon & Schuster.

Rifkin, S. B. (2014). Examining the links between community participation and health outcomes. *Health Policy and Planning*, 29(suppl_2), ii98–ii106.

Rocha, C. (2009). Developments in national policies for food and nutrition security in Brazil. *Development Policy Review*, 27(1), 51–66.

Ruel, M. T., Alderman, H., et Maternal and Child Nutrition Study Group. (2013). Nutrition-sensitive interventions. *The Lancet*, 382(9891), 536–551.

Saraiva, A. (2014). La recherche qualitative dans le contexte carcéral. Stratégies, défis et pistes d'orientation. In Recherches Qualitatives : Vol. Hors-Série. Méthodes Qualitatives en Sciences Sociales et Humaines : perspectives et expériences (pp.125 à 130).

Victora, C. G., Aquino, E. M., et al. (2011). Maternal and child health in Brazil. *The Lancet*, 377(9780), 1863–1876.

Yoro, B. M. (2012). Pluralisme thérapeutique et recours aux soins en milieu rural ivoirien : approche méthodologique. Recherches qualitatives, 31(1), 47-61

2026 KAMARA, Licensee *Bamako Institute for Research and Development Studies Press*. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Créative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0)

Note de l'éditeur

Bamako Institute for Research and Development Studies Press reste neutre en ce qui concerne les

revendications juridictionnelles dans les publications des cartes/maps et affiliations institutionnelles.