



HAL
open science

Les barrières à l'appropriation communautaire d'un projet de prévention et de prise en charge de qualité de la malnutrition aigüe au Niger

Elvire Toure-Pegnougo, Mahaman Moha, Valery Ridde, Lara Gautier

► To cite this version:

Elvire Toure-Pegnougo, Mahaman Moha, Valery Ridde, Lara Gautier. Les barrières à l'appropriation communautaire d'un projet de prévention et de prise en charge de qualité de la malnutrition aigüe au Niger. 2023. hal-04158717

HAL Id: hal-04158717

<https://hal.science/hal-04158717v1>

Preprint submitted on 19 Jul 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

NUMÉRO 20 | MARS 2023

Les barrières à l'appropriation communautaire d'un projet de prévention et de prise en charge de qualité de la malnutrition aigüe au Niger.

Elvire TOURE-PEGNOUGO, Mahaman MOHA,
Valéry RIDDE, Lara GAUTIER

Les barrières à l'appropriation communautaire d'un projet de prévention et de prise en charge de qualité de la malnutrition aigüe au Niger.

Elvire TOURE-PEGNOUGO, Mahaman MOHA,
Valéry RIDDE, Lara GAUTIER

Auteurs :

- **Elvire Toure-Pegnougo**
Correspondance : elvire.toure-pegnougo@umontreal.ca
École de santé publique de l'Université de Montréal (ESPUM), Québec, Canada,
Centre de recherche en santé publique, Université de Montréal et CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, Montréal, Canada.
- **Mahaman Moha**
Laboratoire d'Etudes et de Recherches sur les Dynamiques Sociales et le Développement Local, Niamey, Niger.
- **Valéry Ridde**
Centre Population et Développement (Ceped), Institut de recherche pour le développement (IRD) et Université de Paris, Inserm ERL 1244, Paris, France.
- **Lara Gautier**
École de santé publique de l'Université de Montréal (ESPUM), Québec, Canada,
Centre de recherche en santé publique, Université de Montréal et CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, Montréal, Canada.

Remerciements :

Les auteurs remercient l'équipe de l'ONG implémentatrice du projet évalué dans cette recherche, principalement Kodo Zodi Moutari et Maren Rahlf et son bailleur de fonds ECHO pour le soutien financier obtenu dans la conduite de la recherche initiale en 2016-2017. Nous remercions également l'ensemble des personnes qui ont collecté les données et les participants à la recherche à savoir Zourkaleini Sorka Djamil Soumana, Mamane Sani Idrissou, Alassane Sani Bizo, Oumarou Faroukou M. Mahamadou, Oumar Abdourahmane et Zara Guigareye.

Nous remercions enfin Maria Jose Arauz pour tout son travail d'évaluation de notre manuscrit. Ses commentaires ont été particulièrement utiles pour améliorer la qualité du présent manuscrit.

Les auteurs sont entièrement responsables de la qualité scientifique de la recherche qui fait l'objet de la présente publication et déclarent ne pas être en conflit d'intérêt avec la production de la présente recherche.

Résumé

L'appropriation des activités d'un projet se traduit par une prise de responsabilités des acteurs et une implication réelle dans le but de poursuivre de façon autonome ces activités. Des activités nutritionnelles ont été implantées par l'ONG HELP (plus loin nommée BA) dans le cadre du projet NIG 46 dans 3 districts sanitaires de la région de Tillabéry (Niger). Ce projet a été évalué par la suite dans le cadre du projet NIG 47 et un rapport a été produit. L'analyse des facteurs pouvant faire obstacle à l'appropriation de ces activités a été réalisée en se basant sur le rapport produit suite au projet NIG 47 et en utilisant le cadre proposé par Sarriot et Schaar (Sarriot et Shaar 2020). Les barrières à l'appropriation ont été présentées selon quatre dimensions en tenant compte des différentes catégories d'acteurs. Premièrement, dans la dimension des capacités, les principales barrières à l'acquisition des connaissances étaient le niveau d'éducation de tous les acteurs (implémenteurs comme bénéficiaires), la qualité de la traduction des informations, le manque de partage de l'information entre les acteurs, les méthodes de travail et le nombre important d'ONG présentes dans la région. Deuxièmement, dans la dimension de la participation, les éléments clés empêchant la participation sont le manque de disponibilité des acteurs, le défaut de communication entre les différents acteurs, les caractéristiques socioéconomiques des intervenants sur le terrain, la non-sélection des enfants référés dans le programme, la mobilité et le roulement de personnel, la rupture des intrants et l'insécurité dans la région. Troisièmement, dans la dimension de la compatibilité culturelle, notre analyse a mis en évidence des pratiques contraires aux normes des bénéficiaires (déshabiller l'enfant pour la pesée, dire du bien de l'enfant en public). Enfin, quatrièmement, l'étude de la dimension des aspirations a permis de souligner l'importance de la rémunération comme source de motivation et de maintien des intervenants dans le projet.

Mots-clés : *appropriation, barrières, évaluation, malnutrition, Niger, santé maternelle et infantile.*

Sigles et abréviations

COGES – Comité de Gestion

COSAN – Comité de Santé

CRENAM – Centre de Récupération et d'Éducation Nutritionnelle Ambulatoire pour la Malnutrition Modérée

CRENAS – Centre de Récupération et d'Éducation Nutritionnelle Ambulatoire pour la Malnutrition Sévère

CRENI – Centre de Récupération et d'Éducation Nutritionnelle Intensives (soins prodigués aux patients hospitalisés pour les cas compliqués)

CSI – Centre de Santé Intégré

DS – District Sanitaire

HELP – Horizon d'Échange et de Lutte contre la pauvreté (citée BA)

HD – Hôpital de District

IBW – Institutions de Bretton Woods

MAS – Malnutrition Aigüe Sévère

NIG – nom des programmes de l'ONG HELP au Niger (cité M1 pour NIG46 et M2 pour NIG47)

OCDE – Organisation de Coopération et Développement Économiques

ODD – Objectifs de Développement Durable

OMS – Organisation Mondiale de la Santé

ONG – Organisation Non Gouvernementale

PAM – Programme Alimentaire Mondial

PNSN – Plan National de Sécurité Nutritionnelle

PDS – Plan de Développement Sanitaire

VIH – Virus de l'Immunodéficience Humaine

Dans le présent document, le masculin est utilisé dans le seul but d'alléger le texte et d'en faciliter la lecture.

1. Introduction

De nombreux projets d'aide au développement sont mis en œuvre en Afrique dans le but d'aider les populations à améliorer leur cadre de vie. Ils tentent d'introduire un changement dans un milieu particulier en y apportant diverses ressources (Bossou 2017; Jacquemot 2007). Ces projets étant limités dans le temps, leurs fins annoncent souvent la fin des impacts dans le milieu bénéficiaire, d'où l'importance de l'appropriation de ces activités initiées (par les projets) par les bénéficiaires pour le maintien de changements durables. Ainsi, la notion d'appropriation devient de plus en plus importante dans l'élaboration des projets et fait partie des exigences de IBW (institutions de Bretton Woods) dans les stratégies de réduction de pauvreté.

Déjà en 1985, le Comité d'aide au Développement de l'OCDE concluait sa revue de 25 années d'aide publique au développement par la volonté d'une plus grande appropriation des projets par les pays bénéficiaires. En effet, l'appropriation s'applique autant aux personnes qu'aux groupes ou organisations. Il s'agit alors d'« appropriation sociale » (Sabourin 1997). Elle vise à rendre de nouvelles connaissances compatibles avec les situations individuelles et collectives du milieu.

Dans le présent manuscrit, l'appropriation est définie comme « un processus par lequel une population cible adhère à des schèmes de pensée (ou « paradigmes ») mettant en évidence la capacité de celle-ci à contrôler les facteurs et décisions influençant sa destinée » (Moha 2017). Elle exige une prise de responsabilités des acteurs et une implication réelle dans le but de poursuivre de façon autonome des activités mises en œuvre dans des projets.

L'appropriation de l'aide par le bénéficiaire est aussi l'un des principes de la pyramide de l'efficacité énoncés dans La Déclaration de Paris de mars 2005, en ce qui concerne les aides à apporter aux pays. Elle y est présentée comme une condition dans laquelle « les pays partenaires exercent une réelle maîtrise sur leurs politiques et stratégies de développement et assurent la coordination de l'action à l'appui du développement » (Forum à haut niveau 2005). Le but étant que le pays bénéficiaire puisse s'installer dans le « *driver seat* » en formulant des choix stratégiques (Gautier et Ridde 2017; Jacquemot 2007). Selon le rapport du Conseil de la santé et du bien-être du Québec, l'appropriation est un processus par lequel un individu, un groupe ou une communauté arrive à exercer un certain contrôle sur ses conditions de vie (Conseil de la santé et du bien-être 2001).

Le Niger, depuis son accession à l'indépendance se trouve parmi les pays bénéficiaires de ces projets d'aide au développement. Depuis 2005, avec la crise alimentaire qui a secoué ce pays, les projets visant la prise en charge de la malnutrition se sont multipliés à travers le pays.

1.1. Contexte

Pays enclavé, le Niger est situé en Afrique de l'Ouest. Les trois-quarts de son territoire sont désertiques. Selon les données de la Banque mondiale, le pays a une population totale de 25130810 habitants en 2021, avec un taux d'accroissement d'environ 4% (World Bank 2022). Composée de neuf groupes ethnolinguistiques (l'arabe, le boudouma, le djerma-songhai, le gourmantché, l'haoussa, le kanouri, le peul, le touareg et le toubou), cette population est jeune et à prédominance rurale. Les moins de 15 ans constitue 57 % de cette population. Les personnes âgées de 65 ans et plus représentent 4 % de la population et celles âgées de 15 à 64 ans représentent 45 % (Ministère de la santé du Niger 2016). En 2018, le taux d'alphabétisation était de 35 % et environ 51% de la population vivait avec moins de 2\$ U.S. par jour (World Bank 2022). L'économie du pays basée sur l'agriculture reste dépendante des conditions climatiques difficiles de la région avec de fréquentes périodes de sécheresse. Le nouvel espoir du pays, le secteur minier ne représente que 4 % de la richesse nationale produite.

Selon les données de 2022 de la Banque mondiale, au Niger, l'espérance de vie à la naissance est de 63 ans en 2020 et le taux de mortalité maternelle en 2017 est de 509 femmes pour 100.000 naissances vivantes. En 2020, le taux de mortalité infantile des moins de 5 ans est de 78 pour 1000 naissances vivantes (World Bank 2022). Le système de santé du Niger est structuré en trois niveaux : national (stratégique), régional (tactique) et périphérique (opérationnel). Ce dernier niveau, composé des districts sanitaires, comporte trois échelons : le premier constitué des Hôpitaux du District (HD), le second composé des Centres de Santé Intégrés (CSI) et enfin le troisième représenté par les Cases de Santé Communautaire. Les structures de ce système de santé n'arrivent pas à assurer pleinement leurs missions du fait de l'insuffisance des ressources financières, de la faiblesse du plateau technique et la non-disponibilité des ressources humaines notamment le personnel spécialisé. D'autres facteurs contribuent à l'incapacité du système de santé à savoir, la difficulté d'affecter et de retenir le personnel de santé en milieu rural, la dégradation du niveau scolaire et la qualité de la formation des agents de santé (Moha et Abdoutan 2015; Moha, Ridde, et Dagenais 2015) .

Le pays doit faire face à de nombreux enjeux sur le plan sanitaire, notamment dans la prévention et la lutte contre certaines maladies (paludisme, méningite, tuberculose, choléra, le VIH, le COVID-19 etc.) et le tout sur fond de malnutrition des populations. Selon les données de la Banque mondiale, le taux de prévalence de la malnutrition chez les moins de 5 ans était de 4% en 2021 (World Bank 2022). Selon la PNSN (2015), 46000 décès d'enfants chaque année sont liés à la malnutrition. De plus, le faible poids à la naissance est observé chez 27% des enfants nigériens (plus de 225000 chaque année), ce qui sous-entend un faible état nutritionnel chez les mères. La malnutrition est par conséquent un problème majeur de santé publique. En effet, chaque année environ 350 000 enfants de moins de 5 ans sont admis pour malnutrition dans les centres de santé. Depuis des années, la malnutrition (aigüe ou chronique) est présente et persistante dans tout le pays, avec des prévalences de malnutrition aigüe supérieures au seuil d'intervention de 10 % et pouvant dépasser le seuil d'urgence (15 %) : 17% en 2019 (World Bank 2022). De plus, les résultats de l'enquête nutritionnelle réalisée en 2016 par l'Institut national des statistiques du pays montrent que 42 % des enfants de moins de cinq ans souffrent de malnutrition chronique et 10 % d'entre eux souffrent de malnutrition aigüe (dont 2 % de cas sévères). Ces chiffres classent ainsi le Niger dans la catégorie des pays à situation critique pour la

malnutrition chronique, et sérieuse pour la malnutrition aigüe selon l'OMS (Ministère de la santé du Niger 2016; OMS 2000; de Onis et al. 2019).

En 2016, le pays s'est doté d'une Politique Nationale de Sécurité Nutritionnelle pour la période 2016-2025 (PNSN). Elle a pour but de lui permettre d'atteindre certains Objectifs de Développement Durable (ODD) en particulier l'ODD 2 (éliminer la faim, assurer la sécurité alimentaire, améliorer la nutrition et promouvoir l'agriculture) (République du Niger 2016). En essayant de prévenir en amont toutes les formes de malnutrition, cette politique intègre plusieurs secteurs d'activités : santé, éducation, élevage, agriculture, environnement, assainissement, hydraulique, protection sociale et aujourd'hui avec les conflits armés, la sécurité. Cependant la prise en charge de la malnutrition fait face à de nombreux problèmes comme la faible capacité d'accueil et la qualité préoccupante de la prise en charge de la malnutrition dans les différents centres de récupération et d'éducation nutritionnelle (CRENI, CRENAS) présents dans les formations sanitaires du pays. De plus, la mauvaise gestion des intrants thérapeutiques au niveau des centres de santé accentue les difficultés de prise en charge de la malnutrition. Ainsi, les activités menées par l'État, de prévention et de prise en charge de la malnutrition (chronique et aigüe) ont un impact limité sur la santé globale des populations.

De nombreuses organisations non gouvernementales (ONG) internationales et nationales participent à cet effort afin de réduire sinon éliminer la malnutrition au Niger. Parmi ces ONG, figure HELP qui compte plusieurs années d'expérience au Niger particulièrement dans la région de Tillabéry.

L'ONG HELP (plus loin nommée BA) est présente au Niger précisément dans l'ancien district de Téra (qui est aujourd'hui divisé en trois districts : Bankilaré, Gothèye et Téra) depuis 2005 mettant en œuvre des projets en lien avec la malnutrition et la santé du couple mère-enfant. Ainsi en 2012, face à la persistance de la malnutrition aigüe, le projet NIG 46 (plus loin nommé M1) a été mis sur pied sous financement de ECHO, avec comme objectifs l'appropriation d'activités nutritionnelles par les communautés et les autres acteurs ainsi que la prise en charge de qualité de la malnutrition aigüe sévère chez les 0-5 ans dans les districts sanitaires de Bankilaré, Gothèye et Téra : dans la région sanitaire de Tillabéry. Le projet M1 s'est déroulé de mars 2012 à avril 2014. Les principaux résultats attendus étaient premièrement l'appropriation des activités nutritionnelles par les communautés et les autorités communales et sanitaires, ensuite la sensibilisation contre la malnutrition et pour finir, l'offre d'une prise en charge médico-nutritionnelle pérenne, gratuite et de qualité par les structures sanitaires pour les enfants de moins de 5 ans.

1.2. Description de l'intervention à l'origine du rapport utilisé pour notre analyse

Le projet NIG 47 (plus loin nommé M2) vient dans la suite logique du projet M1 mis en œuvre dans les mêmes régions, dans le but de soutenir la pérennisation de M1 (intervention de renforcement de la prévention et la prise en charge de qualité de la malnutrition aigüe sévère chez les enfants de 0 à 5 ans), à travers un processus d'appropriation des activités nutritionnelles par les différents acteurs de l'implantation (les intervenants de BA, les agents administratifs, et les agents de santé) et les bénéficiaires (les communautés dans lesquelles était implanté le

projet M1. Les intervenants de BA sont organisés comme suit : 1) le coordonnateur du projet (qui veille au respect du cahier de charges et assure la coordination des activités des superviseurs et des agents de santé de première ligne impliqués 2) les superviseurs qui organisent le travail des animateurs au niveau des CSI, 3) les animateurs qui coordonnent les activités des relais communautaires (2 relais communautaires par village), 4) les relais communautaires qui sont en contact direct avec les communautés bénéficiaires. Le projet M2 est une recherche-action dont le devis est une étude de cas multiples menée dans trois districts sanitaires : Téra (le district mère : DS3), Bankilaré (DS1) et Gothèye (DS2) dans la région de Tillabéry (Moha 2017). Le rapport produit par cette équipe est le résultat d'une collecte de documentations, d'entretiens individuels semiestructurés et de discussions de groupe dans les communautés. Les participants étaient des représentants des bénéficiaires dans les communautés, des usagers, des relais, les agents et administrateurs de santé au niveau des institutions sanitaires, des autorités administratives, municipales et coutumières. Les entretiens ont été conduits en plusieurs langues : le français, le zarma et l'haoussa.

Notre étude est une recherche évaluative se basant sur le rapport produit dans le cadre de la recherche-action de M2. L'objectif est d'analyser de manière secondaire le volet appropriation de cette recherche-action, en se concentrant sur les barrières à l'appropriation des activités nutritionnelles mises en œuvre dans le projet M1. La question de recherche est : quels facteurs font obstacle à l'appropriation par tous les acteurs de l'implantation, et par les bénéficiaires, des activités nutritionnelles de prise en charge de qualité de la malnutrition aigüe dans les districts sanitaires ciblés ?

2. Méthodes

2.1. Collecte de données

Notre étude se base sur le rapport produit pour le projet M2 par Mahaman Moha appuyé par des assistants dans le cadre d'une recherche évaluative qualitative. Il s'agit donc d'une analyse de données secondaires. Nous n'avons pas eu accès à l'intégralité des données collectées originales ; ce qui nous a conduit à effectuer une étude qualitative et une analyse thématique à partir des données disponibles : une dizaine de transcriptions complètes et le rapport (qui analyse de manière qualitative l'intégralité des transcriptions d'entretiens et qui propose des pistes interprétatives basées sur une fine connaissance du contexte de la part des auteurs du rapport – incluant le deuxième auteur du présent manuscrit). La recherche originale a fait l'objet d'une approbation éthique par le Comité consultatif national d'éthique du Niger (006/2015/CCNE). Tous les participants ont consenti librement à participer à la recherche originale (Niang et al. 2022).

2.2. Grille d'analyse

L'appropriation comporte plusieurs dimensions à savoir : le processus d'acquisition des capacités (et connaissances), le processus d'autonomisation (*empowerment*), le leadership (p. ex., la prise d'initiative), la valeur trouvée dans la prestation d'un service, les aspirations et la participation des différentes parties prenantes, ou encore l'engagement financier, les contributions et l'organisation (Sarriot et Shaar 2020).

Dans le cadre de notre projet, les informations recueillies lors de l'analyse des données du rapport ont permis d'identifier les dimensions qui décrivent l'appropriation des activités nutritionnelles. Ainsi, nous avons choisi d'appliquer les dimensions suivantes pour notre étude, dimensions qui étaient les plus documentées dans le rapport (c'est-à-dire, les dimensions sur lesquelles les participants à la recherche-action originale s'étaient davantage exprimés): les capacités, la participation, la compatibilité culturelle et les aspirations.

Premièrement décrivons, la dimension des capacités. Cette dimension nous invite à évaluer l'acquisition de connaissances à travers la mise en œuvre des activités par les acteurs clés : les comités de gestion (CoGES), les autorités des villages (chefs de villages ou de tribus, chefs de cantons ou de groupements, leaders religieux), les mères/accompagnatrices des enfants, les autorités sanitaires (médecins-chefs de districts, épidémiologistes, gestionnaires, communicateurs de santé, points focaux de programmes verticaux), les autorités administratives (préfets, secrétaires généraux, maires), les relais communautaires. Il s'agit d'apprécier i) la compréhension du projet par les différents acteurs, tenant compte de leurs niveaux d'éducation respectifs, ii) les capacités des acteurs à rapporter fidèlement les éléments clés du projet, à travers notamment l'utilisation de notes ou de manuels en lien avec l'intervention.

Deuxièmement, la participation ou l'engagement des communautés dans l'intervention permet de documenter leur contribution à la mise en œuvre des activités prévues par l'intervention. Cela fait référence à la présence aux différentes activités, à l'acceptation et l'accueil des représentants du projet, à la communication et transmission efficace dans les réunions entre les différentes parties prenantes, à la bonne gestion du matériel et des connaissances acquises et aussi à la prise d'initiative pour améliorer ces compétences dans le cadre des activités du projet.

Troisièmement, la compatibilité culturelle dans la prestation de services indique comment l'intervention et sa mise en œuvre sont compatibles avec les normes et valeurs culturelles locales. En effet, certaines pratiques peuvent aller à l'encontre des normes connues de la communauté bénéficiaire. Ainsi l'examen des gestes, des discours, des approches utilisées dans les différentes activités se révélera important.

Quatrièmement, les aspirations font référence aux attentes et expectatives des parties prenantes, notamment en matière de rémunération et incitatifs. En effet, les communautés cibles doivent trouver une motivation (intrinsèque ou extrinsèque) dans les activités proposées, mais aussi tous les acteurs de leur implantation y compris les bénévoles. Les incitatifs de tout ordre deviennent ainsi importants dans la mise en œuvre et le maintien des activités.

3. Résultats

De nombreuses barrières à l'appropriation par les différents acteurs, des activités nutritionnelles proposées dans le cadre du projet M1 ont été identifiées selon les différentes dimensions (voir annexe 1).

3.1. La dimension des capacités

Le niveau d'éducation et la qualité des traductions

La majorité des bénéficiaires (les couples mère-enfant et leurs entourages) ont un faible niveau d'éducation ce qui peut rendre difficile la compréhension des recommandations faites lors des activités nutritionnelles. Aussi, du côté des agents de BA, surtout des relais communautaires qui se positionnent entre les communautés, les animateurs du projet et les centres de santé, ce facteur peut influencer la qualité des activités et si ce niveau est très faible (cf. le cas d'une relais illettrée qui se faisait aider par son cousin) il peut entraîner une méconnaissance de son rôle, une mauvaise compréhension et connaissance du projet par ces derniers et par les bénéficiaires. Une traduction peu précise des recommandations nutritionnelles peut entraîner une connaissance partielle du projet chez les mères et leur entourage. Dans la région, plusieurs langues sont parlées et certains entretiens ont été conduits en 2 voire 3 langues à la fois. La traduction inexacte en langues locales des recommandations nutritionnelles et des pratiques appropriées peut aussi réduire le volume et la qualité d'informations délivrées.

Le défaut de partage des informations entre les différents acteurs

Les difficultés de circulation des informations entre les différents acteurs et niveaux hiérarchiques entraînent une méconnaissance des activités du projet par certains professionnels de la santé et agents administratifs de la région. Certains agents de santé ne sont pas mis au courant de la tenue de réunions sur les projets en cours ou en lancement dans leurs zones. Aussi, les adjoints du maire, les élus locaux et les agents des services municipaux, exclus des activités, ne maîtrisent pas les contours du projet comme illustré dans l'extrait suivant :

« Moi personnellement je ne suis pas au courant de rien. Je n'ai jamais assisté à une réunion ou un atelier. C'est le maire qui participe. Ils font des réunions ici. Je sais que c'est sur la santé. Tout ce qu'ils font c'est par rapport aux enfants. Nous ne savons pas de quoi ils parlent. C'est seulement le maire qui est informé » (Le SG de la commune rurale de Kok. Entretien du 16 mars 2017).*

Ce manque de communication entre les différentes parties prenantes (entraînant donc l'exclusion d'acteurs stratégiques) peut empêcher une collaboration efficace entre elles.

Les méthodes de travail

Le manque d'initiative pour accéder à la documentation et au manuel contenant les directives du projet peut nuire à la compréhension profonde du projet et aux capacités de rapporter les connaissances acquises. En effet, aucune personne n'a pris d'initiatives pour obtenir plus d'informations et de documentations que celles déjà données comme le pagivolte (c'est-à-dire, un poster avec illustrations ou boîtes à images utilisés pour la sensibilisation dans des milieux avec un faible taux d'alphabétisation) et le registre qui semblaient suffisantes à la réalisation des tâches demandées, comme illustré dans la citation suivante :

« Non je n'ai pas pris d'initiative pour accéder aux documents du projet. Le seul document que j'ai vu, c'est avec l'animateur du projet. C'est pour la sensibilisation. » (Un chef d'un CSI visité. Entretien du 15 mars 2015).

Les méthodes de travail dans le cadre du projet et dans la routine quotidienne sont différentes. L'absence d'utilisation de notes écrites peut empêcher ces acteurs de rapporter fidèlement les objectifs du projet d'autant plus que les régions visitées sont aussi le terrain d'action de nombreuses ONG. Pour les relais communautaires habitués à la tradition orale, l'utilisation de documents et manuels écrits peut causer un frein à l'appropriation des activités et procédures par ces derniers.

La présence de nombreuses ONG dans la région

Le grand nombre d'ONG présentes dans la région et les projets propres au district sanitaire peuvent entraîner une certaine confusion chez toutes les catégories d'acteurs. Certains intervenants de l'ONG confondent et associent des activités organisées par le district sanitaire aux activités du projet (les campagnes sur les maladies tropicales négligées, les campagnes de lutte contre le paludisme), comme indiqué dans l'extrait d'entretien suivant :

« J'ai participé à des activités du projet comme la distribution des comprimés, la distribution des moustiquaires. Une autre fois j'ai distribué du "biskit" (Biscuit) et du "Hamni" (farine) » (Un relais communautaire de P. Entretien du 15 mars 2017).*

Dans le secteur de la santé, une certaine confusion sur les activités de renforcement de la nutrition a pu être constatée. En particulier, des agents de santé peuvent attribuer par erreur certaines activités d'autres organisations à l'ONG BA, comme décrit par cette agente :

« En 2011, l'ONG BA a amené des chèvres qu'elle a distribuées aux enfants malnutris. Chaque enfant a eu 5 chèvres. Il y'a une année, ils ont également amené du mil. Lorsqu'un enfant sort du programme, ils lui donnent 10 Kilogrammes. » (Une perceptrice d'un CSI du district de B. Entretien du 25 mars 2017).*

3.2. La dimension de la participation

La disponibilité

Le partage du temps entre les occupations quotidiennes (pour les bénéficiaires), les programmes organisés par le centre de santé (pour les agents de santé), les projets mis en œuvre dans la région par d'autres ONG et les activités nutritionnelles du projet de l'ONG BA ne garantit pas une participation régulière et entière des bénéficiaires et agents de santé. Au manque de temps, s'ajoute la longue durée des formations, rencontres et réunions (souvent non planifiées en avance) qui est source de démotivation à la fois pour les animateurs, les relais, les agents de santé et les bénéficiaires, comme en témoigne cet extrait :

« Vous voyez sur les trois mois passés, nous n'avons pas fait un mois sur le terrain. Nous ici au bureau à faire des réunions à ne pas finir. Or, dans le mois, si tu ne passes pas 20 jours sur le terrain, tu ne pourras pas couvrir les villages de ta zone d'intervention. Nous avons tous fait un planning de nos activités. Mais c'est mis de côté. Le temps que nous avons passé ici, n'a pas pourtant été programmé. Tout cela perturbe notre travail » (Un animateur du projet. Entretien du 09 septembre 2017).

La communication entre les différents acteurs

Un défaut de transmission de l'information entre les chefs et leurs collaborateurs (dans le secteur de la santé comme dans celui de l'administration de la région) freine la participation de ces derniers dans les activités organisées par l'ONG BA. Cela peut susciter un manque de compréhension du mandat de l'ONG BA, et par suite, de l'engagement dans le projet :

« Je suis là depuis 4 ans, je ne sais rien de HELP à part le fait qu'il assiste les enfants malnutris "zanka malnutri yey gakassinay"(...) Je n'ai jamais échangé avec un agent de HELP sur les activités à part la mission de la dernière fois (précédent passage de l'équipe de recherche) » (L'assistante sage-femme de La*. Entretien du 23 mars 2017).

La crédibilité perçue des relais et des animateurs

Les caractéristiques socio-économiques exercent une grande influence sur la participation des bénéficiaires aux activités.

Le manque d'intégrité parfois identifié chez certains relais communautaires peut entraîner la méfiance des bénéficiaires, aussi bien des mères que leur entourage qui souhaitent être sûrs des valeurs morales de la personne à qui ils donneront accès à leurs familles. Ceci est illustré dans l'extrait suivant :

« Si le relais est "zambanto" il trompe les mères d'enfants pour prendre de l'argent avec elles, les gens l'apprendront très vite et il va perdre sa crédibilité » Un relais communautaire de P*. Entretien du 15 mars 2017).

En outre, l'appartenance politique (passée ou présente) du relais peut influencer l'intérêt qui lui sera accordé dans la communauté dans le cadre des projets auxquels il prend part. Les communautés peuvent refuser de participer au projet parce que l'interlocuteur est d'un autre parti politique comme illustré dans l'extrait suivant :

« L'appartenance politique d'un agent peut nuire aux activités du projet. Par exemple la coloration politique d'un relais qui n'a pas beaucoup de sympathisants dans son village, peut faire que les opposants à ce relais n'adhèrent pas à ce qu'il dit. Lorsqu'il parle, les gens vont penser que, c'est à cause de son parti qu'il a pris le devant pour parler ainsi. Les gens vont toujours vouloir saboter ses activités et il n'y aura pas d'impact. C'est pourquoi les ONG exigent que les acteurs soient apolitiques en tout cas pas au cours des activités du projet. Si la personne veut faire de la politique, il doit le faire en dehors des activités du projet. » (Le superviseur de l'axe de T*. Entretien du 27 mars 2017).

En plus de la réputation du relais, sa situation sociale et économique donne du crédit au projet qu'il porte. Un relais communautaire présentant des difficultés financières aura du mal à convaincre du bien-fondé des activités qu'il propose et à capter l'attention des personnes de la communauté. Ainsi les communautés ne jugeront pas le projet derrière comme crédible et ne dégageront pas du temps pour participer aux activités de ce projet, comme décrit dans l'extrait suivant :

« Il assure le contact, parce que certains sont venus il faut donc motiver les relais, car si les gens voient que les relais « ne deviennent rien » et « ne sont rien » alors personne ne va s'intéresser aux activités, car ils pensent que ça n'a aucun intérêt » (Un relais communautaire de D. Entretien du 30 mars 2015).*

Le style de communication, la façon de diffuser les messages du projet aux communautés joue un rôle important dans l'adhésion des bénéficiaires. Un ton irrespectueux de la part des relais peut bloquer la participation aux activités du projet comme décrit dans l'extrait suivant :

« Un relais doit bien parler, ne pas prononcer des paroles méchantes avant. Avant les gens nous chassaient et nous disent d'aller conseiller nos parents ». (Une relais communautaire de Ko. Entretien du 22 mars 2017).*

Le crédit accordé aux discours des étrangers par les bénéficiaires est plus important par rapport aux discours des gens de la communauté. Cela peut entraîner un découragement chez les relais qui ont donc besoin du soutien des animateurs afin de confirmer leurs positions auprès des bénéficiaires. Ceci est illustré dans l'extrait suivant :

« J'ai eu à dire à J qu'à chaque fois qu'elle doit parler aux relais qu'elle rassemble aussi les femmes du village pour leur dire l'objet de la rencontre afin qu'elles croient beaucoup plus, car les gens croient plus à l'étranger que ceux de leur village » (Un relais communautaire de D*. Entretien du 30 mars 2015).*

L'absence des animateurs lors des activités influence la motivation des relais. En effet, la présence des animateurs donne de la crédibilité aux relais face aux bénéficiaires dans les villages, comme souligné ici par un relais communautaire :

« Bon, honnêtement, si l'animateur ne vient pas, il y a des relais qui ne vont pas continuer. Tant que l'animateur est là, il visite les gens ils vont continuer l'activité » (Une relais communautaire de M. Entretien du xx septembre 2016).*

La non-inclusion des enfants référés dans le programme

L'exclusion du programme au niveau des centres de prise en charge de malnutrition des enfants référés par les relais entraîne la déception, la frustration des mères qui peuvent refuser toute autre activité du projet et encourager les autres mères à ne pas participer aux activités de dépistage. Ces mères n'ont pas l'information que le dépistage effectué par les relais est une première étape avant l'acceptation ou pas dans le programme. L'extrait suivant décrit bien cette situation :

« Nous référons beaucoup d'enfants qui sont refusés au niveau du centre de prise en charge. Nous faisons des sensibilisations, nous dépistons les enfants [...], puis nous invitons les mères à amener les enfants au niveau du CSI. Une fois sur place, après avoir fait de longues distances pour atteindre le CRENAM, les agents de santé font le poids, la taille, le PB et déclarent que l'enfant ne rentre pas dans le programme. Les mères sont renvoyées sans explication. Elles sont déçues et diffusent l'information dans le village. Ceci nous discrédite » (un relais communautaire de M*. Entretien du 28 mars 2017).

La mobilité et le roulement de personnel

La distance entre les lieux d'habitation et les centres de prise en charge peut décourager les bénéficiaires et limiter leur participation aux activités d'autant plus que les transports ne sont pas fréquents dans ces régions et que plusieurs des bénéficiaires font partie des communautés nomades. L'extrait suivant illustre bien cette problématique :

« Pour maximiser et augmenter l'adhésion des gens aux activités du projet, je sensibilise les gens du village à s'intéresser aux projets, car ça a une importance un jour ou l'autre. Certains pensent c'est une perte de temps. Surtout en ce qui concerne la distribution des plumpy* qui se fait le jour du marché. Or cela a été fait pour faciliter le déplacement des bénéficiaires des villages au CSI. C'est aussi le jour où les villageois sont préoccupés à leurs activités lucratives. Et c'est le seul jour où il y a le transport » (Un relais communautaire à D*. Entretien du 30 mars 2017).

*Plumpy=Plumpy nut, aliment thérapeutique à base de pâte d'arachide utilisé dans les cas de malnutrition

Le mauvais état de la route et la saison pluvieuse sont un frein à la participation au projet aussi bien du côté des bénéficiaires que des relais communautaires. Les routes habituelles étant des pistes, ces facteurs provoquent ainsi une suspension des contacts entre les relais et les bénéficiaires, comme précisé dans l'extrait suivant.

« Voyez, le mois de juillet et d'août, nous n'avons pas réalisé de sorties, car les pistes sont impraticables avec les koris* qui ont barré les routes » (Un animateur du projet).

*Koris : cours d'eau intermittent dans les régions sèches

La mobilité (l'exode) des relais jette le discrédit sur le projet et les bénéficiaires qui doivent s'habituer à un nouveau relais deviennent de plus en plus méfiants d'un projet abandonné par son représentant (le relais communautaire). Aussi, les changements fréquents des autorités locales administratives empêchent la bonne connaissance des projets par ces derniers ainsi qu'une implication forte dans leur déroulement.

La rupture des intrants

La rupture des intrants est un problème majeur dans le déroulement du projet. L'absence des produits à distribuer (médicaments, suppléments nutritionnels, etc.) lors de la prise en charge des enfants peut causer le découragement des mères qui dans certains cas font de longues distances pour se rendre dans les centres. Devoir revenir un autre jour sans l'assurance de

recevoir les produits peut être un facteur d'abandon du programme, comme évoqué par cet intervenant de l'ONG :

« Il faut ravitailler les cases de santé en intrants thérapeutiques, car il y'a une distance entre les villages et les CSI ça peut permettre de parcourir 6km au lieu de 12km par exemple, puisque si une personne fait un long trajet pour venir au district et qu'il n'y ait pas d'intrants alors ça serait difficile pour elle de revenir après vu le trajet parcouru, surtout s'il se trouve qu'elle vient au CRENAM ou CRENAS et qu'il y'a rupture d'intrants, il faut les motiver pour que ça réussisse ». (B intervenant de BA depuis 2013).*

La rupture des intrants peut aussi entacher la crédibilité des agents de santé, des relais communautaires et du projet dans son ensemble. Elle résulte d'un problème d'approvisionnement ou d'une mauvaise gestion des produits et médicaments utilisés dans la prise en charge de la malnutrition, comme illustré dans cet extrait :

« La crédibilité des relais communautaires est entamée par les ruptures d'intrants pour la prise en charge. C'est une situation très difficile, car elle décourage les mères d'enfants malnutris et entraîne des cas d'abandon. Particulièrement pour des mères qui viennent des villages environnants. Alors, pour sauvegarder et renforcer la crédibilité des relais communautaires, on doit absolument éviter qu'il ait de ruptures de stock d'intrants » (Le relais communautaire (manœuvre du CSI de DS2). Entretien du 23 mars 2017).

L'insécurité dans la région

L'insécurité générale dans la région empêche la libre circulation des habitants et demeure un frein à la participation de tous les acteurs : les bénéficiaires, les représentants de l'ONG BA, les autorités sanitaires et administratives. Elle réduit la fréquence et l'intensité des activités menées dans les régions cibles. Ainsi, les intervenants se voient dans l'obligation de limiter le nombre de visites sur le terrain comme illustré dans l'extrait suivant :

« Il y'a aussi la situation d'insécurité vers Bankilaré où il y'a des poches résiduelles d'insécurité qui constituent un blocage des activités parce que tant qu'on sait qu'il y a des problèmes d'insécurité dans une zone qui n'est pas fréquentée alors les concernés n'iront pas. » (Le superviseur de l'axe de T. Entretien du 27 mars 2017).*

3.3. La dimension de la compatibilité culturelle

Les protocoles coutumiers ont force de loi surtout dans les zones rurales. Ainsi le refus d'autorisation d'un chef de famille ou chef du village pour mener des activités d'un projet peut être un obstacle entre le projet et les bénéficiaires.

Aussi, les pratiques habituelles d'alimentation des enfants en bas âge peuvent dans une certaine mesure empêcher l'adoption d'une nouvelle façon de faire. Les femmes avaient l'habitude de sevrer rapidement l'enfant et d'introduire de manière précoce dans son alimentation de l'eau ainsi que d'autres décoctions traditionnelles.

De plus, certaines pratiques nécessaires dans la prise en charge de la malnutrition restent contraires aux normes de certaines bénéficiaires. C'est le cas lors des mesures anthropométriques. Les mères peuvent refuser que leurs enfants soient déshabillés et/ou couchés sur le dos, ce qui revient à réaliser des pesées avec des enfants habillés. Ceci peut jouer sur la fiabilité même des mesures et sur l'appréciation des résultats de la prise en charge. L'extrait suivant le décrit bien.

« Avant on enlevait les vêtements de l'enfant pour le poids et la taille, mais ces derniers temps on le fait plus. S'il arrive qu'on les enlève alors on laisse au moins le caleçon, car les peules n'aiment pas qu'on déshabille publiquement leur enfant, surtout s'il s'agit des filles, c'est la cause qui fait que certaines mères, elles abandonnent de venir. Les femmes peules n'aiment pas également qu'on enlève le caleçon, les vêtements pour le poids et pour la taille. Elles n'aiment pas aussi qu'on fait coucher l'enfant sur le dos lorsqu'on prend le poids » » (Relais Dia. Entretien du 26 mars 2017).*

De même, l'annonce d'éléments positifs sur les enfants devant un public provoque la gêne et la peur du regard des autres femmes, regards qui selon certaines croyances pourraient avoir un effet maléfique sur les enfants. L'extrait suivant illustre bien cette situation :

« Aussi, les femmes peules n'aiment pas qu'on leur dise en cas d'amélioration ou de gain de poids, " ni kokia tontone" (ton enfant a pris du poids), car elles se disent que les gens vont regarder leur enfant, elles préfèrent qu'on dise "Du courage, l'enfant est entrain de récupérer" ou bien "ton enfant est guéri" C'est à cause de ça qu'on enlève plus les vêtements. » (Relais Dia. Entretien du 26 mars 2017).*

Ainsi donc, l'absence d'un cadre approprié (plus discret) pour les dépistages et suivis, adapté à l'ensemble des catégories de bénéficiaires est un frein à l'appropriation de l'intervention par les mères.

3.4. La dimension des aspirations

La rémunération

D'une part, l'absence de rémunération des relais communautaires et la faible gratification mensuelle poussent certains d'entre eux à abandonner. Les difficultés financières auxquelles font face les relais ne leur permettent pas d'être longtemps impliqués dans des activités non lucratives. Dans un village, sur trois relais recrutés par l'ONG BA, une seule relais continue de travailler en se disant qu'elle le fait pour son pays. L'extrait suivant décrit bien cette situation :

« Franchement, le salaire est très peu par rapport à ce que l'on attend de nous comme résultat. C'est mon point de vue. Nous tous, nous avons fait le constat une fois confronté au terrain. Vu la masse salariale, le contenu du projet et la réalité, à mon avis on doit nous augmenter de salaire et nous donner des indemnités de risque. Nous travaillons dans des zones d'insécurité, des zones désertiques, etc. (Un animateur de projet).

D'autre part, la présence d'organisations non gouvernementales offrant des meilleures conditions de travail peut occasionner un mouvement des relais communautaires ou des animateurs de l'ONG BA vers ces dernières.

La concurrence avec des activités perçues comme davantage prioritaires

Les centres de santé ont des activités propres en lien avec la prévention et la prise en charge de maladies. Un besoin essentiel et prioritaire pour ces centres est le système d'évacuation des femmes enceintes et des malades. Ce besoin était autrefois comblé par BA. Les autorités sanitaires souhaitant une reprise de ce service pourraient ne pas accorder un intérêt pour les autres activités de l'ONG BA, incluant les activités nutritionnelles.

Le financement

Le manque d'autonomie financière du comité de pilotage des activités des nombreuses ONG présentes dans la région est un frein à l'harmonisation des pratiques entre les ONG et le gouvernement. Les réunions de ce comité sont généralement prises en charge par les ONG, mais depuis 2016, le manque de financement a imposé un arrêt des réunions du comité. Cette dépendance financière limite l'implication des autorités administratives régionales dans le suivi des projets des ONG.

4. Discussion

Cette étude ne se présente pas comme une analyse exhaustive des barrières à l'appropriation des activités nutritionnelles dans la région, mais comme un exposé de certains éléments clés pouvant freiner cette appropriation selon différentes dimensions.

Ainsi, le niveau d'éducation et la connaissance des langues locales se sont révélés très importants dans l'acquisition des connaissances et la capacité à les rapporter ; et cela aussi bien pour les bénéficiaires que pour les relais communautaires. En effet, un faible niveau d'éducation (pour les bénéficiaires et les intervenants de l'ONG), et une traduction incorrecte des recommandations par les relais, entraînent une connaissance partielle du projet. De ce fait, la disponibilité d'acteurs de l'implantation qui soient suffisamment formés devient un enjeu dans la mise en œuvre du projet. Jacquemot (2007) relève que les équipes locales sont souvent moins compétentes et que les rares personnes qualifiées sont en emploi : d'où un détournement de ces ressources vers les ONG qui ont des propositions avantageuses.

En outre, les obstacles à la participation sont nombreux : la disponibilité des acteurs, les caractéristiques socio-économiques des agents de l'ONG BA, le manque d'information et l'insécurité. Les activités du projet sont souvent en concurrence avec les occupations régulières des personnes impliquées (professionnelles ou sociales). Niang et collègues décrivent également cette situation comme un frein à la participation des bénéficiaires dans un contexte de vulnérabilité économique et sociale (Niang et al. 2022). De plus, l'insécurité dans cette région provoque une grande instabilité pour les populations y vivant et pour les employés des ONG : tous doivent adapter leur organisation et leur fonctionnement face aux menaces pesantes. Ceci

est en accord avec les écrits de Twaha (2019) qui relève les difficultés des ONG dans la prestation de services et la crainte des populations due au sentiment d'être surveillé par les groupes armés présents dans la région (Twaha 2019). Dans toutes les zones de conflits, l'instabilité ralentit les actions de développement et la crainte de représailles peut obliger certains acteurs clés à abandonner la région. Cette problématique de l'insécurité surtout dans la région ciblée par l'ONG BA est bien décrite dans le plan stratégique du Niger pour le Programme Alimentaire Mondial (PAM) (Noelia 2019). En effet, les conflits et l'instabilité politique dans les pays voisins ont entraîné de nombreuses migrations en particulier dans la région de Tillabéry située dans le sud du pays qui elle-même faisait face à des conflits armés plus ou moins maîtrisés. Cette situation d'insécurité pèse lourdement sur les populations qui voient les conflits s'intensifier, l'État réduire sa présence et les ONG limiter leurs actions humanitaires (Noelia 2019).

L'appréciation de l'appropriation exige tout d'abord une connaissance approfondie des populations (valeurs, cultures, historique de collaboration avec d'autres organisations, etc.). Une méconnaissance des valeurs et traditions des bénéficiaires peut nuire à la mise en œuvre et au déroulement des activités ainsi qu'à l'appropriation par les bénéficiaires. Dans notre cas, les mères peules refusent que les enfants soient déshabillés pour la pesée et que les conclusions de l'examen soient déclarées devant une assemblée. Les agents ont préféré respecter leur choix, mais n'ont pas envisagé l'utilisation d'un cadre plus discret (un espace clos de consultation) qui aurait permis d'effacer ces craintes. En effet la compatibilité des interventions d'un projet avec les valeurs partagées par une communauté influence l'appropriation des activités par les bénéficiaires. Ainsi l'intégration des codes traditionnels des populations bénéficiaires dans les aspects culturels d'une intervention peut se révéler être une force pour l'appropriation des activités proposées (Gautier, Pirkle, et Lucas 2019).

Une autre barrière à l'appropriation est le manque de mobilisation des agents de l'ONG BA dû à l'absence de rémunération pour certains et aux petites gratifications (argent, gadgets de l'ONG, etc.) pour d'autres (Ridde et al. 2018; Samb, Essombe, et Ridde 2020). Dans un contexte de pauvreté et de pressions familiales, travailler comme bénévoles pose de nombreux défis. Ainsi, on peut assister à un découragement et un abandon du projet par certaines parties prenantes, entraînant la nécessité d'engager et de former de nouvelles personnes pour soutenir l'équipe en place : et cela sans garantie que les qualifications des nouveaux employés soient les mêmes que celles des premiers employés impliqués dans le lancement du projet. Cette situation se retrouve à tous les niveaux de l'action humanitaire et des projets d'aide au développement. Ridde (2012) le souligne dans son article, en décrivant la dépendance de la survie des projets aux rémunérations (per diem, indemnités, etc.) (Ridde 2012). Ce roulement du personnel provoque des difficultés pour les organisateurs du projet qui doivent souvent être en négociation avec leurs agents. De plus, les changements sont aussi observés au niveau des autorités administratives locales et même des responsables des projets. Ce roulement des acteurs clés face aux populations bénéficiaires peut provoquer un désintérêt chez ces derniers. Proulx et Brière (2014) décrivent bien les conditions de travail des gestionnaires de projets pour les ONG qui, sous contrôle des bailleurs de fonds qui attendent les redditions de comptes et veulent un respect strict des plans, vivent les situations réelles et complexes de terrain qui exigent une flexibilité et une adaptation constante à tous les niveaux (objectifs, mise en œuvre, etc.) (Proulx et Brière 2014). Ce contexte favorise un roulement des gestionnaires et souvent une impossibilité pour le nouveau gestionnaire de recevoir de son prédécesseur les connaissances (logiques de pensées, cultures, approches, etc.) accumulées sur la population cible.

Notre étude rencontre cependant plusieurs limites. Tout d'abord, du fait de l'utilisation de données secondaires, certaines informations pertinentes pour notre analyse pourraient ne pas y figurer (par exemple les données sur la mise en œuvre du projet). De plus, le portrait des barrières à l'appropriation présenté est partiel car ne se base que sur les propos d'un nombre limité de participants. Enfin l'analyse des barrières à l'appropriation aurait pu suivre le caractère évolutif de l'appropriation en se faisant à différentes périodes du projet.

5. Conclusion

L'appropriation de ce projet par les différents acteurs semble partielle. Plusieurs barrières à cette appropriation ont été identifiées : différentes en nature et impact selon les catégories d'acteurs. Au niveau des bénéficiaires finaux, des éléments importants freinant l'appropriation des activités du projet soulignent la nécessité pour le pays (Niger) de poser des conditions de base (ex. éducation, infrastructures routières, sécurité) au développement des communautés, ce qui favoriserait l'adhésion de ces populations aux projets d'amélioration de leurs milieux de vie. Une autre possibilité de réduction des barrières à l'appropriation serait l'implication de représentants des communautés cibles dans l'élaboration de la mise en œuvre pratique des activités du projet. Leurs connaissances du milieu permettraient d'implanter un projet conforme aux valeurs des communautés et en adéquation avec le niveau de littératie de la population ciblée; ce qui effacerait certaines barrières. De plus, aligner un projet sur des besoins émergents de la communauté favoriserait une appropriation durable voire une pérennisation des activités mises en œuvre.

Références

Bossou, Louis. 2017. *Étude exploratoire des facteurs d'appropriation des résultats des projets et programmes de développement par les bénéficiaires : cas des projets financés par le fond international de développement agricole (FIDA) AU BÉNIN*. UQAC.

Conseil de la santé et du bien-etre. 2001. *L'appropriation par les communautés de leur développement*. Québec, Canada.

Forum à haut niveau. 2005. *Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement (2005) et programme d'action d'Accra (2008)*.

Gautier, Lara, Catherine M. Pirkle, et Christopher Furgal et Michel Lucas. 2019. *L'évaluation de la fidélité d'implantation*. 383-401.

Gautier, Lara, et Valéry Ridde. 2017. « Health Financing Policies in Sub-Saharan Africa: Government Ownership or Donors' Influence? A Scoping Review of Policymaking Processes ». *Global Health Research and Policy* 2(1):1-17. doi: 10.1186/s41256-017-0043-x.

Jacquemot, Pierre. 2007. *Harmonisation et appropriation de l'aide : Commentaires autour de l'expérience du Ghana*.

Ministère de la santé du Niger. 2016. *Plan de développement sanitaire 2017-2021 Niger*. Niger.

Moha, Mahaman. 2017. *Analyse de l'appropriation et de la pérennisation d'un projet de nutrition au Niger*.

Moha, Mahaman, et Harouna Abdoutan. 2015. *Comportements des agents de santé dans la région de Dosso. Niamey: LASDEL-HCME*.

Moha, Mahaman, Valéry Ridde, et Christian Dagenais. 2015. *Personnels d'obstétrique nigériens et conditions pour exercer en milieu rural: cas de la région sanitaire de Tillabery. Rapport de recherche*.

Niang, Marietou, Mahaman Moha, Valéry Ridde, et Lara Gautier. 2022. « La Pérennité d'un Projet de Prévention et de Prise En Charge de La Malnutrition Au Niger ». *Canadian Journal of Public Health* 113(4):636-46. doi: 10.17269/s41997-022-00631-x.

Noelia, Pavin. 2019. « Plan stratégique de pays — Niger (2020–2024) ». *Programme Alimentaire Mondial* 48.

OMS. 2000. *The Management of Nutrition in Major Emergencies*.

de Onis, Mercedes, Elaine Borghi, Mary Arimond, Patrick Webb, Trevor Croft, Kuntal Saha, Luz Maria De-Regil, Faith Thuita, Rebecca Heidkamp, Julia Krasevec, Chika Hayashi, et Rafael Flores-Ayala. 2019. « Prevalence thresholds for wasting, overweight and stunting in children under 5 years ». *Public Health Nutrition* 22(1):175-79. doi: 10.1017/S1368980018002434.

Proulx, Denis, et Sophie Brière. 2014. « Caractéristiques et succès des projets de développement international : Que peuvent nous apprendre les gestionnaires d'ONG? » *Canadian Journal of Development Studies / Revue canadienne d'études du développement*, 35(2):249-64. doi: DOI: 10.1080/02255189.2014.900478.

République du Niger. 2016. *Politique nationale de sécurité nutritionnelle au Niger (2016-2025)*. Niger.

Ridde, Valéry. 2012. *Réflexions sur les per diem dans les projets de développement en Afrique*. 34-36.

Ridde, Valéry, N'Koué Emmanuel Sambieni, Larissa Kojoue, et Oumar Mallé Samb. 2018. « Réformer les per diem par le dialogue ». *AFD* (40):58.

Sabourin, Paul. 1997. « Perspective sur la mémoire sociale de Maurice Halbwachs ». *Sociologie et sociétés* 29(2):139-61. doi: <https://doi.org/10.7202/001661ar>.

Samb, Oumar Mallé, Christiane Essombe, et Valery Ridde. 2020. « Meeting the Challenges Posed by per Diem in Development Projects in Southern Countries: A Scoping Review ». *Globalization and Health* 16(1):1-11. doi: 10.1186/s12992-020-00571-6.

Sarriot, Eric, et Ali Nashat Shaar. 2020. « Community Ownership in Primary Health Care—Managing the Intangible ». *Global Health* 8(3):5. doi: <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-20-00427>.

Twaha, Lumumba Patrice Emery. 2019. « La problématique de la prestation effective des ONG, des médias et de la recherche à l'Est de la République démocratique du Congo en proie à l'insécurité perpétuelle. » *Revue du Centre des Savoirs Congolais COPRAME* 1:136.

World Bank. 2022. *Données Banque mondiale- Niger*.

Annexe

Annexe 1 : Résumé des résultats

	CAPACITÉS	PARTICIPATION	COMPATIBILITÉ CULTURELLE	ASPIRATIONS
BÉNÉFICIAIRES : <ul style="list-style-type: none"> Mère-enfant Entourage de la mère et de l'enfant 	<ul style="list-style-type: none"> Niveau d'éducation Qualité de la traduction 	<ul style="list-style-type: none"> Manque de disponibilité (occupations quotidiennes) La longue durée des activités Connaissances de base en nutrition La distance entre le lieu d'habitation et le centre de prise en charge L'exclusion de certains enfants du programme La saison pluvieuse Les déménagements Caractéristiques et crédibilité du relais: appartenance politique, manque d'intégrité et de disponibilité, réputation, situation socio-économique, style de communication La rupture des intrants Interférence avec d'autres projets d'autres ONG L'insécurité dans la région 	<ul style="list-style-type: none"> Refus d'autorisation du chef de famille ou du village Pratiques de déshabiller l'enfant Parler en bien de l'enfant 	
INTERVENANTS DE L'ONG BA : <ul style="list-style-type: none"> Relais communautaires Animateurs Superviseurs Coordinateur 	<ul style="list-style-type: none"> Niveau d'éducation Qualité de la traduction Manque d'initiative pour accéder à la documentation Communication orale Méconnaissance de leur rôle Compréhension partielle du projet Nombre important d'ONG dans la région 	<ul style="list-style-type: none"> L'éloignement des bénéficiaires La saison pluvieuse La valorisation des discours des étrangers (non-locaux) L'absence des animateurs lors des activités La rupture des intrants Absence de planning avec échéanciers clairs La méfiance entre les acteurs clés du projet Mobilité / exode (déménagements) L'insécurité dans la région 	<ul style="list-style-type: none"> Communication orale 	<ul style="list-style-type: none"> Absence de rémunération La présence de projets plus généreux
AUTORITÉS SANITAIRES ET AGENTS DE SANTÉ : <ul style="list-style-type: none"> Agents de santé de première ligne Infirmiers et médecins 	<ul style="list-style-type: none"> Défaut de circulation de l'information Présence de nombreuses ONG Confusion des différents projets des ONG présentes 	<ul style="list-style-type: none"> Les activités du projet : charge additionnelle de travail Les longues rencontres et entretiens La non-implication des sage-femmes 		<ul style="list-style-type: none"> Priorité pour des besoins à combler dans d'autres domaines
AUTORITÉS ADMINISTRATIVES : <ul style="list-style-type: none"> Locales/régionales 	<ul style="list-style-type: none"> Méthodes de travail différentes Présence de nombreuses ONG Problème de circulation \ transmission de l'information 	<ul style="list-style-type: none"> Grand roulement au niveau des autorités locales Problème de circulation \ transmission de l'information L'insécurité 		<ul style="list-style-type: none"> Dépendance financière du comité de pilotage

Cahiers REALISME
Numéro 20, Mars 2023

Comité éditorial :

Maria José Arauz Galarza
Marie Munoz Bertrand
Fanny Chabrol
Jean-Paul Dossou
Lara Gautier
Valéry Ridde
Emilie Robert
Emmanuel Sambieni
Sylvie Zongo

Coordinatrice de la collection :

Lara Gautier

ISBN : 2369-6648

Institut de recherche en santé publique
de l'Université de Montréal (IRSPUM)
7101 avenue du Parc, bureau 3187-03

Montréal, Québec, Canada H3N 1X9

www.equitesante.org/chaire-realisme/cahiers/
cahiers-realisme@equitesante.org

La Chaire REALISME

Lancée en 2014, la Chaire de recherche REALISME vise à développer le champ en émergence de la science de l'implantation en santé mondiale. Plus spécifiquement, son objectif est d'améliorer la mise en œuvre des interventions communautaires afin de les rendre plus efficaces dans une perspective d'équité en santé.

Dans ce cadre, la Chaire lance une nouvelle collection de documents de recherche portant sur les interventions communautaires de santé dans les pays à faible revenu, et/ou les problématiques touchant les populations les plus vulnérables dans ces pays et au Canada.

Les Cahiers REALISME

La création de ces Cahiers vise à prendre en compte un certain nombre de problèmes :

- Diffusion limitée des recherches en français et en espagnol sur le thème de la santé publique appliquée à la santé mondiale, du fait de l'anglais comme langue de diffusion principale
- Accès restreint pour les chercheurs de certains pays et la plupart des intervenants aux recherches publiées dans les revues scientifiques payantes
- Publications en accès libres payantes dans les revues scientifiques limitant la capacité des étudiants et jeunes chercheurs à partager leurs connaissances dans ces revues
- Processus de publication dans les revues scientifiques longs et exigeants

Compte tenu de ces problèmes, de nombreuses recherches ne sont pas publiées du fait de la longueur des procédures, des contraintes de langue, des exigences élevées de qualité scientifique.

L'objectif des Cahiers REALISME est d'assurer la diffusion rapide de recherches de qualité sur les thèmes de la Chaire en accès libre, sans frais, en français, anglais et espagnol.

Les contributions sont ouvertes aux étudiants aux cycles supérieurs (maîtrise, doctorat) et stagiaires postdoctoraux et aux chercheurs francophones, anglophones et hispanophones.

Les Cahiers s'adressent à tous les étudiants, chercheurs et professionnels s'intéressant à la santé publique appliquée à la santé mondiale.



This work is licensed under the Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Partage dans les Mêmes Conditions 4.0 International License. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/> or send a letter to Creative Commons, PO Box 1866, Mountain View, CA 94042, USA.

Cahiers Scientifiques REALISME
Numéro 20, Mars 2023

ISBN: 2369-6648

Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal (IRSPUM)
7101 avenue du Parc, bureau 3187-03
Montréal, Québec, Canada H3N 1X9



www.equitesante.org/chaire-realisme/cahiers/