

Perception sociale des Foyers de Renforcement des Activités de Nutrition Communautaire (FRANC) dans les régions du Bafing et du Kabadougou au nord-ouest de la Côte d'Ivoire

Kamara Siaky Motihé, Maître-Assistant

Département de Sociologie-Anthropologie, UFR des Sciences Sociales et Humaines (SSH), Université Jean Lorougnon GUEDE, Daloa, Côte d'Ivoire

[Doi:10.19044/esj.2026.v22n8p161](https://doi.org/10.19044/esj.2026.v22n8p161)

Submitted: 24 May 2025
Accepted: 04 March 2026
Published: 31 March 2026

Copyright 2026 Author(s)
Under Creative Commons CC-BY 4.0
OPEN ACCESS

Cite As:

Kamara, S.M. (2026). *Perception sociale des Foyers de Renforcement des Activités de Nutrition Communautaire (FRANC) dans les régions du Bafing et du Kabadougou au nord-ouest de la Côte d'Ivoire*. European Scientific Journal, ESJ, 22 (8), 161.

<https://doi.org/10.19044/esj.2026.v22n8p161>

Résumé

Le Foyer de Renforcement des Activités de Nutrition Communautaire (FRANC) est une structure opérationnelle pérenne, instaurée par la communauté pour apporter des solutions endogènes aux défis de nutrition et de développement intégré de la petite enfance. Cette recherche qualitative menée du 10 juin au 28 juillet 2023, vise à identifier les perceptions sociales qui influencent positivement ou négativement l'adhésion communautaire au projet FRANC dans les régions du Bafing et du Kabadougou, au nord-ouest de la Côte d'Ivoire. Pour ce faire, des focus groups et des entretiens semi-directifs ont été menés auprès d'un échantillon de 62 personnes selon la technique du choix raisonné. La population cible regroupe les femmes mères ayant eu au moins un enfant de 0 à 59 mois, les hommes chef de ménages, les animateurs (trices), des responsables locaux et des autorités administratives. L'étude révèle que des obstacles financiers et logistiques majeurs entravent la transition entre le dépistage communautaire au FRANC et la prise en charge médicale à l'hôpital. Ce déficit de moyens de référence constitue une barrière qui fragilise l'ensemble du dispositif de lutte contre la malnutrition en milieu rural. Si la participation communautaire est un levier indispensable pour réduire la mortalité infantile, le passage d'une réaction ponctuelle à une prévention durable exige un soutien logistique stable. Sans cela, le fardeau de la lutte repose exclusivement sur les ressources limitées des volontaires et des

autorités villageoises. L'analyse des discours montre que le FRANC n'est pas perçu de manière uniforme par les familles. Il est investi de significations multiples : utilité sociale, centre de santé, espace éducatif ou moteur de développement local. Bien que l'irrégularité des sessions de réhabilitation pénalise la continuité des soins, des acquis notables sont observés en matière d'hygiène environnementale, alimentaire et corporelle, témoignant d'une réelle capitalisation des savoirs par les populations.

Mots clés : Foyer de réhabilitation nutritionnelle, Nutrition communautaire, développement de la petite enfance, Côte d'Ivoire (Woroba/Denguélé), référence médicale, malnutrition aiguë

Social Perception of the Foyers de Renforcement des Activités de Nutrition Communautaire (FRANC) in the Bafing and Kabadougou Regions of Northwest Côte d'Ivoire

Kamara Siaky Motihe, Assistant professor

Department of Sociology and Anthropology, UFR des Sciences Sociales et Humaines (SSH), University Jean Lorougnon GUEDE, Daloa, Côte d'Ivoire

Abstract

The Community Nutrition Activities Reinforcement Center (FRANC) is a sustainable operational structure established by the community to provide endogenous solutions to the challenges of nutrition and integrated early childhood development. This qualitative research, conducted from June 10 to July 28, 2023, aims to identify the social perceptions that positively or negatively influence community adherence to the FRANC project in the Bafing and Kabadougou regions of northwestern Côte d'Ivoire. To this end, focus groups and semi-structured interviews were conducted with a sample of 62 people using the reasoned choice technique. The target population includes mothers with at least one child aged 0 to 59 months, male heads of households, facilitators, local leaders, and administrative authorities. The study reveals that major financial and logistical obstacles hinder the transition from community screening at FRANC to medical care at the hospital. This lack of referral resources is a barrier that weakens the entire system for combating malnutrition in rural areas. While community participation is an essential lever for reducing infant mortality, the transition from a one-off response to sustainable prevention requires stable logistical support. Without this, the burden of the fight rests exclusively on the limited resources of volunteers.

Keywords: Nutritional rehabilitation center, Community nutrition, Early childhood development, Ivory Coast (Woroba/Denguélé), Medical referral, Acute malnutrition

Introduction

En Côte d'Ivoire, la malnutrition infantile demeure une urgence de santé publique majeure. Malgré les efforts consentis, les données de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS 2011-2012) révélaient déjà que 30 % des enfants de moins de cinq ans souffraient d'un retard de croissance, un chiffre grimant à près de 40 % dans les régions septentrionales. Ce tableau clinique s'accompagne de carences sévères, avec 75 % d'enfants anémiés et 8 % présentant une malnutrition aiguë.

Au-delà des chiffres, le constat de terrain met en lumière un paradoxe : l'existence de solutions techniques éprouvées ne garantit pas leur adoption par les communautés (Kouadio et al., 2020). Ce décalage entre les protocoles médicaux et les réalités socioculturelles constitue un frein majeur à la réduction de la mortalité infantile en Afrique subsaharienne.

La malnutrition a une dimension multifactorielle dont les causes sous-jacentes sont le manque d'accès à une alimentation de qualité, les soins et les pratiques inappropriés d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, les mauvaises pratiques d'hygiène et d'assainissement, l'insuffisance d'accès à l'eau potable et aux services de santé. (SMART 2018).

Face à cet enjeu, le gouvernement ivoirien a structuré une réponse institutionnelle robuste. En adhérant au mouvement mondial *Scaling Up Nutrition* (SUN) en 2013, la Côte d'Ivoire a placé la lutte nutritionnelle sous l'autorité directe de la Primature via 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 (STP/CNN, 2018).

L'expérience internationale notamment démontre que l'adhésion au projet d'interventions communautaires dépend de ce que Sen appelle les « facteurs de conversion sociaux et environnementaux ». Ce sont les filtres par lesquels une ressource est transformée en bien-être. Comme l'ont démontré Faye et al. (2016) au Sénégal, si la malnutrition est perçue comme un « désordre spirituel » plutôt qu'une pathologie biologique, le service médical offert perd sa valeur d'usage. Ici, les perceptions sociales (croyances, tabous, représentations de la force) deviennent des obstacles invisibles qui limitent la

conversion des services du FRANC en opportunités réelles de santé pour l'enfant (Lorgelly et al., 2010).

Plutôt que de mesurer uniquement l'accès aux ressources (disponibilité des centres FRANC, intrants nutritionnels), nous mobilisons la théorie des capacités pour examiner la capacité réelle des familles à convertir ces ressources en résultats de santé. Selon Sen (1999), la pauvreté ne doit pas être vue uniquement comme un manque de revenus, mais comme une privation de capacités, c'est-à-dire l'impossibilité de choisir la vie que l'on a des raisons de valoriser.

De plus, pour comprendre comment les perceptions évoluent et mènent à l'adhésion au niveau des interventions communautaires, il faut intégrer les concepts de l'apprentissage social et de la déviance positive.

En effet, selon la théorie de Bandura (1977), l'apprentissage de nouveaux comportements de santé ne résulte pas seulement d'une transmission d'information, mais de l'observation de modèles identifiants. Dans les interventions communautaires, l'adhésion naît de la figure du « déviant positif » : un membre de la communauté qui, avec les mêmes ressources que ses voisins, obtient de meilleurs résultats de santé pour ses enfants (Marsh et al., 2004). Le FRANC devient efficace lorsqu'il n'est plus perçu comme une structure étatique importée, mais comme un espace où les succès locaux sont mis en visibilité.

Le cadre des modèles de rôle (WHO, 2022) permet d'analyser si l'animateur ou la mère-leader du FRANC est perçu comme un « étranger » imposant des normes exogènes ou comme un miroir de réussite sociale. Des études internationales sur les foyers nutritionnels (modèle Hearth) montrent que le changement durable se produit lorsque les mères observent une amélioration tangible du tonus ou de l'éveil de l'enfant chez leurs pairs, et non par la simple pesée (Sternin, 2002). Le modèle social agit ici comme un catalyseur de la continuité des soins en réduisant la distance entre la pratique ancestrale et le protocole biomédical.

En Côte d'Ivoire, les évaluations du PMNDPE sont restées largement quantitatives, se focalisant sur les taux de prévalence et les indicateurs de performance technique. Elles ont ainsi négligé les réalités socio-anthropologiques et la subjectivité des acteurs (animateurs, mères, chefs de ménage) qui font vivre le FRANC au quotidien. Or, comme le soulignent les recherches en Inde sur les centres *Anganwadi* (Deshmukh et al., 2020), la perception qu'ont les parents de la qualité de l'accueil et du bénéfice cognitif pour l'enfant est le moteur principal de la participation communautaire durable.

L'objectif de cette recherche qualitative est donc de combler ce déficit de connaissances en identifiant les perceptions sociales qui limitent ou favorisent l'adhésion des communautés locales au projet FRANC. Plus

spécifiquement, il s'agit de décrire la dynamique de la participation communautaire et d'analyser les discours des bénéficiaires et des acteurs de terrain afin de comprendre comment le FRANC est réinterprété socialement dans les villages du Bafing et du Kabadougou.

Méthodologie

Il s'est agi d'une étude qualitative menée du 10 juin au 28 juillet 2023 dans les régions du Bafing et du Kabadougou, au nord-ouest de la Côte d'Ivoire. Le choix de ces régions se justifie pour deux raisons. Premièrement, l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) de 2021 a montré que les enfants particulièrement touchés par la malnutrition chronique se trouvent dans cinq régions du pays, dont le Woroba (30%) et le Denguélé (29%). La deuxième raison est d'ordre sociologique, car 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 s'est heurté à des obstacles socioculturels dans la mise en œuvre des activités dans le nord (ACF, 2013).

En effet, dans l'ensemble, les femmes sont restées des acteurs passifs. Ceci est à replacer dans le contexte de la structure sociale extrêmement hiérarchisée qui prévaut dans les communautés Sénoufo. Traditionnellement très peu de femmes sont écoutées par les hommes et ces derniers restent les seuls décideurs au niveau de la famille. La décision d'ouvrir un FARN dans la communauté s'est faite à travers la chefferie et les femmes n'ont pas réellement eu le choix. De plus, le mari n'est pas responsable d'approvisionner sa femme et ses enfants en nourriture tout au long de l'année mais seulement les jours où sa femme vient travailler les champs de son mari. Pendant de longues périodes, la femme Sénoufo a donc la responsabilité de nourrir la famille à l'aide de ses récoltes personnelles. Cette division des rôles et des responsabilités pose la question des effets potentiellement négatifs du programme du FARN. Certaines activités, notamment la participation aux sessions de réhabilitation, ont pu accroître la pression et créer ou aggraver des déséquilibres préjudiciables à la réalisation d'activités tout aussi prioritaires pour les femmes (ACF, 2013).

Aussi, notre approche méthodologique visait avant tout à responsabiliser les communautés villageoises (hommes et femmes) en les impliquant activement dans l'analyse de leur propre situation sanitaire, nutritionnelle et de développement de la petite enfance. Cette démarche repose sur une participation interactive, favorise l'échange d'informations et met en valeur l'expertise et le savoir local. Elle permettra ainsi aux populations concernées d'exprimer leur propre perception du FRANC.

La population cible regroupe les femmes mères ayant eu au moins un enfant de 0 à 59 mois, les hommes chef de ménages, les animateurs (trices), les membres du Comité Local de Pilotage (CLP) composé du chef de village

et de ces notables, les membres de l'Agence Exécution Locale (AEL) et les membres de l'Equipe Cadre de District Sanitaire (ECD). L'enquête a mobilisé la recherche documentaire, des entretiens de groupe et individuel avec respectivement comme outils de collecte de données la grille de lecture et le guide d'entretien.

Les localités accueillant le FRANC ont été choisies au hasard. Il convient de noter que les foyers ont été lancés il y a environ cinq ans par le PMNDPE, dans 14 régions administratives, dont le Kabadougou et le Bafing.

À l'aide de l'échantillonnage par choix raisonné, l'échantillon est constitué de 62 enquêtés ont été sélectionnés (voir tableau 1) dans un total de 17 FRANC :

- 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,
- 8 membres du Comité Local de Pilotage (CLP),
- 01 membre de l'Agence Exécution Local (AEL)
- 01 membre de l'Equipe Cadre de District Sanitaire (ECD),
- 23 animateurs (trices) du FRANC, enfin,
- 13 hommes chef de ménages.

Tableau 1: Caractéristiques de l'échantillon

Enquêtes	Technique utilisée	Nombre d'enquêtes	Sexe	Région
femmes mère ayants au moins un enfant de 0 à 59 mois	Focus group	16	Féminin (F)	Régions du Bafing et du Kabadougou
hommes chef de ménages.	Entretien semi-directif	13	Homme (H)	
Animateurs (trices) du FRANC		23	H et F	
Comité Locale de pilotage (CLP)		8	H et F	
Membre de l'Agence Exécution Local (AEL)		1	H	Région du Bafing
membre de l'Equipe Cadre de District Sanitaire (ECD)		1	F	Region du Kabadougou
Total d'enquêtés		62		

Source: notre étude

Le traitement des données s'est appuyé sur une analyse de contenu structurée par rubriques. Une fois les entretiens transcrits et saisis, nous avons procédé à une triangulation des informations (documents, entretiens, focus

groups) pour assurer la robustesse des constats. L'exploitation des résultats a suivi un protocole précis :

- Extraction et hiérarchisation des informations clés par thématique ;
- Analyse comparative des sources pour identifier les consensus et les contrastes ;
- Synthèse et notation des verbatims majeurs reflétant fidèlement la perception des parties prenantes rencontrées.

En mobilisant l'approche des capacités d'Amartya Sen (1999), cette étude postule que le développement ne se réduit pas à la simple mise à disposition d'infrastructures physiques (les foyers). Il réside plutôt dans la liberté réelle qu'ont les parents d'agir sur le bien-être de leurs enfants. Dans ces régions du Nord-Ouest ivoirien, la perception du FRANC comme un espace d'éveil et de soin transforme l'accès à l'information et à l'éducation nutritionnelle en une véritable « capacité ». Cette compétence nouvelle permet aux populations rurales de ne plus être de simples bénéficiaires passifs, mais des acteurs capables de revendiquer et de sécuriser durablement le droit à la santé et au plein développement de leurs enfants.

La conduite de cette recherche a été régie par le strict respect des principes d'éthique et de confidentialité. L'étude a garanti la dignité, les droits et la protection des participants contre toute forme de stigmatisation. Le consentement verbal éclairé a été systématiquement recueilli auprès de chaque intervenant. La démarche s'est structurée autour de quatre piliers fondamentaux :

- Impartialité : Un engagement à restituer des données probantes et factuelles, reflétant fidèlement la diversité des points de vue exprimés dans chaque localité;
- Transparence : Une communication ouverte sur les objectifs de l'étude et les finalités de l'exploitation des résultats;
- Confidentialité et éthique : Le respect scrupuleux de l'anonymat des sources, aucune information nominative n'étant divulguée sans accord préalable explicite;
- Inclusion et respect : Une attention particulière portée aux normes culturelles locales et à la promotion de la participation féminine, assurant ainsi une approche sensible au genre.

Résultats

Description de la participation communautaire dans la prise en charge et la prévention de la malnutrition chez les enfants

La lutte contre la malnutrition infantile repose sur une stratégie de proximité où la communauté n'est plus seulement bénéficiaire, mais actrice centrale du changement. Le dispositif des FRANC illustre cette dynamique.

Un Engagement fondé sur le volontariat et la représentativité

La réussite du FRANC repose sur un socle de participation volontaire. Les animateurs communautaires sont choisis pour leur ancrage local et leur capacité à représenter la diversité de la population. Ce choix stratégique permet de briser les barrières culturelles et de favoriser l'acceptation des messages de santé. Ces acteurs, bien qu'opérant de manière bénévole, structurent l'ensemble de la chaîne de prévention, du repérage à domicile jusqu'au suivi post-récupération. Un membre de l'équipe d'animation atteste :

« C'est le chef qui nous à choisi pour travailler dans le foyer, nous sommes 12 animateurs, moi même je suis le président des jeunes du village, Madame Bamba vient de l'association des femmes, voici Madame Diallo elle vient de la communauté Peul. » Diomandé , Animateur chef

«Le CLP que je dirige est composé de même chef de village et de cinq notables » Chef de village

Le dépistage actif communautaire

La prise en charge de la Malnutrition Aiguë Modérée (MAM) commence par une surveillance constante. Le diagnostic ne se fait pas passivement au centre de santé, mais activement au sein des ménages. L'outil de mesure *Mid-Upper Arm Circumference* (MUAC) pour le dépistage repose sur la mesure du Périmètre Brachial (PB). Cet outil simple (un ruban coloré) permet aux animateurs de classer l'état nutritionnel de l'enfant en quelques secondes. Ainsi, les enfants en zone rouge Malnutrition Aiguë Sévère (MAS) sont immédiatement référés vers la structure hospitalière ou Unité de Nutrition Thérapeutique Ambulatoire (UNTA) la plus proche. Quant aux enfants en zone jaune /orangée MAM sont référés vers un centre de santé ou Unité de Nutrition et de Supplémentation (UNS) intégrés au FRANC pour une prise en charge locale (voir figure 1). Un animateur le dit sans ambages : *« Pour ce faire, on fait le test de mesure du bras. Si ça tombe sur le rouge, je vais à l'hôpital avec les enfants. J'ai fait trois tours et les enfants sont guéris. »*

Ce témoignage souligne l'efficacité de la référence précoce, l'animateur ne se contente pas de mesurer le PB, il accompagne physiquement l'enfant jusqu'à sa guérison complète.

Prévention et démonstrations culinaires

Au-delà du soin, le FRANC est un espace d'apprentissage. La prévention de la malnutrition passe par l'utilisation optimale des ressources disponibles dans le village. L'usage des aliments locaux avec les séances de démonstration apprennent aux mères à cuisiner des bouillies enrichies (riz, maïs, arachides, feuilles) sans dépendre de produits importés coûteux.

De plus, le jardin potager présent dans certains foyers intègre une dimension de production agricole pour garantir l'accès aux légumes et

protéines, comme le témoigne d'une mère bénéficiaire. « *Ils nous ont dit de faire le jardin et d'emmener les enfants là-bas, cuisiner, leur donner à manger et les faire jouer. C'est ce qu'on fait, et en plus on prend la mesure des femmes enceintes et des petits-enfants.* »



Prise d'un repas communautaire par les enfants, source : notre étude

Les défis de la continuité entre ruptures et résilience

Le modèle du FRANC, bien que robuste socialement, souffre de fragilités logistiques qui menacent sa pérennité.

La problématique des intrants, les activités culinaires (démonstration et de repas pour les enfants) sont fréquemment interrompues par des ruptures de stocks alimentaires, lorsque l'appui de l'AEL fait défaut. Dans ces conditions, c'est la solidarité villageoise qui prend le relais, bien que cela soit instable. Dans certains villages, l'autorité traditionnelle (CLP) mobilise des greniers communautaires. Une animatrice atteste : « *Ce sont les villageois qui donnent les ingrédients... mais pour la bouillie des enfants quand ils tombent malades, il faut toujours acheter. On cherche le riz, mais ça manque ; le chef nous aide souvent.* »

Les barrières à la référence médicale

Le passage du suivi communautaire au sein du FRANC vers une prise en charge hospitalière s'apparente à un véritable parcours d'obstacles où l'éloignement géographique constitue le premier rempart. Avec de nombreux villages situés à plus de cinq kilomètres des structures de santé, le transport d'un enfant affaibli par la malnutrition (MAS) devient une épreuve physique

et logistique quasi insurmontable pour les mères. Cette difficulté est accentuée par le poids financier des coûts indirects qui contredisent le principe de gratuité des soins ; en effet, les familles doivent supporter des frais annexes prohibitifs tels que le carburant pour les transports motorisés, la subsistance du parent accompagnateur et le manque à gagner économique lié à l'arrêt des activités productives pendant toute la durée de l'hospitalisation.

Au-delà de ces contraintes familiales, l'analyse révèle une rupture critique dans la chaîne de référence due à la fragilité logistique et financière du système communautaire. Les agents mobilisateurs, piliers du suivi des cas de MAS, se retrouvent démunis face à l'absence de fonds de roulement pour organiser les références vers les centres de santé. Cette impasse est illustrée par les témoignages de Massandjé et Awa, animatrice :

« Quand l'état de l'enfant impose une référence, nous devons payer l'essence de notre poche ou solliciter des familles déjà indigentes, car les ressources allouées au suivi sont soit inexistantes, soit versées avec un retard critique. »

« L'hôpital est loin d'ici et souvent quand nous avons un enfant dans le rouge avec le MUAC c'est difficile de la référer avec nos propres moyens. Nous sollicitons l'aide du superviseur de l'ONG (AEL) pour le transport de l'enfant et de sa maman. Moi je me débrouille avec mes propres moyens pour leurs rendre visites une fois arrivée là-bas. » Mawa, Animatrice

Cette carence de moyens ne constitue pas seulement un défi organisationnel, elle devient une barrière vitale qui empêche l'aboutissement effectif de la référence médicale.

Références (souvent avec points de rupture (transport/fonds/irrégularité))

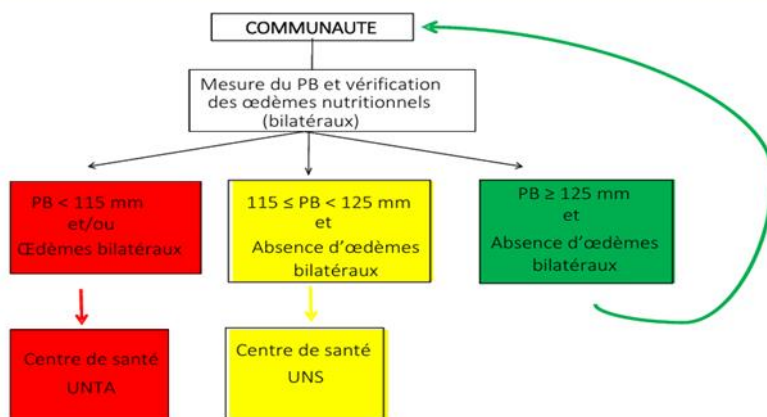


Figure 1: Référence en fonction du type de malnutrition

Les perceptions locales autour du FRANC

L'analyse des discours recueillis auprès des mères, des personnes en charge des enfants notamment des femmes ayants au moins un enfant de 0 à 59 mois et des hommes chef de ménages révèle que le FRANC n'est pas perçu de manière uniforme par localités et par enquêtés. Loin d'être réduit à une simple unité de soins, le FRANC est investi par la communauté de significations diverses, oscillant entre utilité sociale, centre de santé, d'éducation et levier de développement villageois.

Le FRANC comme "Zanzan" un levier d'autonomisation féminine

Pour une part importante des femmes ayants au moins un enfant de 0 à 59 mois interrogées, le FRANC est avant tout assimilé à une garderie communautaire, désignée en langue malinké sous le terme de "Zanzan". Cette perception, loin d'être un contresens, témoigne de l'adéquation du foyer avec les réalités socio-économiques rurales. En libérant les mères du poids de la surveillance constante des enfants, le FRANC devient un outil de productivité. Les femmes peuvent ainsi vaquer à leurs activités agricoles et domestiques avec une charge mentale réduite. Comme l'expliquent certaines participantes :

« Comme on va au champ, les enfants restent dans le "Zanzan", nous sommes rassurés. »

« Les enfants jouent là-bas dans le "Zanzan", ils ne se promènent pas n'importe comment. »

Ici, la perception du foyer comme espace sécurisé prévaut. Le FRANC remplit une mission sociale capitale, il prévient les accidents domestiques et l'errance enfantine tout en favorisant l'économie familiale.

Le FRANC comme centre de récupération pour la lutte contre le "serré déni"

Une autre perception majeure définit le FRANC comme un lieu de guérison et de réhabilitation nutritionnelle. La malnutrition, identifiée localement sous le vocable « serré déni » (l'enfant chétif ou "serré"), est perçue comme une pathologie que seul le protocole du foyer (bouillies enrichies et suivi médical) peut traiter efficacement. L'implication des femmes dans les focus groups a permis de mettre en lumière que les femmes ayants au moins un enfant de 0 à 59 mois perçoivent le FRANC comme une extension de l'hôpital, mais plus accessible. Les témoignages sont éloquentes :

« Il y avait des enfants "serré déni" ici ; grâce à l'hôpital [le FRANC], ils sont guéris. »

« L'ONG est venue donner le médicament aux enfants "serré déni". »

Cette assimilation du foyer à un lieu de « médicament » souligne la confiance accordée aux intrants nutritionnels fournis par les partenaires, perçus comme des remèdes vitaux.

Le FRANC, un lieu de maturation de l'enfant "Délamoyôrô "

Le FRANC est bien plus qu'un centre de santé ; il est perçu par les populations locales comme un véritable sanctuaire de maturation pour l'enfant, ou "Délamoyôrô" en langue malinké. Ce terme, qui désigne littéralement le « lieu où l'on façonne l'être », souligne l'importance de cet espace dans le développement social et cognitif des plus jeunes.

Au sein du FRANC, les activités de Développement de la Petite Enfance (DPE) ne se limitent pas aux soins de base. Elles se traduisent par une approche holistique axée sur la stimulation précoce et l'éveil sensoriel. L'apprentissage y est ludique, une méthode qui transforme la perception de l'éducation chez les parents. Comme en témoigne avec enthousiasme les acteurs du FRANC :

« Cette maison, c'est le "Délamoyôrô" les enfants y apprennent tout en s'amusant. » Animateur

« Le foyer là, c'est une petite école, le superviseur de l'ONG est venu avec des livres et de gros Bic en couleur pour que les enfants écrivent la dedans. » Chef du CLP

Cette assimilation du FRANC à un espace d'éducation préscolaire révèle une évolution profonde des attentes communautaires. En voyant leurs enfants s'épanouir et acquérir les premiers réflexes d'apprentissage, les populations expriment un besoin croissant : celui de voir une école maternelle pérenne s'installer au cœur du village. Le FRANC agit ainsi comme un laboratoire social, prouvant que l'investissement dans la petite enfance est le premier levier de la réussite scolaire future. Le tableau 2 fait le résumé des perceptions locales du FRANC et leurs implications.

Tableau 2: Résumé des perceptions locales du FRANC et leurs implications

Perception	Description	Implications
Zanzan	Le FRANC est perçu comme une garderie communautaire, permettant aux mères de se libérer de la surveillance constante des enfants.	- Libération des mères pour des activités agricoles et domestiques. - Prévention des accidents domestiques et de l'errance enfantine. - Renforcement de l'économie familiale.
Serré déni	Le FRANC est considéré comme un lieu de guérison et de réhabilitation	- Confiance dans les intrants nutritionnels fournis.

Perception	Description	Implications
	nutritionnelle, essentiel pour traiter la malnutrition (serré déni).	- Perception du FRANC comme une extension accessible de l'hôpital. - Importance des soins médicaux et nutritionnels pour la santé des enfants.
Délamoyôrô	Le FRANC est vu comme un sanctuaire de maturation pour l'enfant, axé sur le développement social et cognitif à travers des activités de Développement de la Petite Enfance (DPE).	- Évolution des attentes communautaires vers une éducation préscolaire. - Besoin croissant d'une école maternelle pérenne. - Investissement dans la petite enfance comme levier pour la réussite scolaire future.

Sources: notre étude

Un vecteur de transformation sociale et d'hygiène Environnementale

L'un des résultats les plus notables de l'étude est la corrélation établie par les populations entre la présence du FRANC et l'amélioration de la salubrité du village. Cette « capitalisation » des acquis ne se limite pas à l'enfant, mais s'étend à la communauté tout entière. L'observation directe sur le terrain confirme une meilleure gestion des déchets et une amélioration de l'hygiène corporelle des enfants fréquentant le foyer. Cette dynamique est largement impulsée par les superviseurs de l'AEL dont le rôle pédagogique dépasse la simple nutrition. Un chef de village souligne cet impact global : « *Je veux que le foyer reste toujours dans le village parce que depuis qu'il est là, le village est plus propre... on nous apprend la propreté.* »

La notion de désintéressement et de volontariat fortement biaisée

Enfin, l'enquête révèle une dimension plus critique concernant les acteurs de mise en œuvre notamment les animateurs. Si la communauté s'est approprié le FRANC comme un lieu d'espoir, les agents qui le font vivre le perçoivent aussi comme une attente de reconnaissance sociale et financière. Pour ces animateurs, qui ont souvent délaissé leurs propres activités génératrices de revenus pour se consacrer au bien-être des enfants du village, le FRANC est vécu comme un espace de « charité » qui, à terme, devrait déboucher sur une rémunération. La suspension des activités dans certaines localités, comme à Bookô, témoigne de la fragilité de ce modèle basé sur le pur bénévolat : « *Nous, on a laissé nos activités pour faire le travail du foyer, on ne gagne rien... si les patrons peuvent nous aider un peu avec de l'argent.* » Sangaré, animateur.

Cette tension entre le dévouement volontaire et la nécessité de survie économique représente le principal défi pour la pérennité du FRANC. Sans une forme de motivation (monétaire ou matérielle), l'engagement des "mains qui nourrissent" risque de s'étioler, mettant en péril les acquis nutritionnels de la zone. Sur cette question un membre de l'ECD affirme: *« J'ai vu un peu les francs là, il y a d'autres ça va car les animateurs refusent de faire le travail gratuitement, certains commencent mais après, ils abandonnent. Bookô même n'a pas de FRANC. »*

Avant, la discussion, le tableau 3 nous fait la synthèse des résultats de l'étude sur les foyers FRANC

Tableau 3 : Synthèse des résultats de l'étude sur les foyers FRANC

Thème	Sous-thème	Acteurs concernés	Verbatim illustratif
Participation communautaire	Prise en charge de la malnutrition	Communauté, Animateurs, ONG	"La communauté n'est plus seulement bénéficiaire, mais actrice centrale du changement."
Engagement communautaire	Volontariat et représentativité	Animateurs, Chefs de village	"C'est le chef qui nous a choisis pour travailler dans le foyer."
Dépistage actif	Diagnostic de la malnutrition	Animateurs, Ménages	"Si ça tombe sur le rouge, je vais à l'hôpital avec les enfants."
Prévention	Démonstrations culinaires	Mères, Animateurs	"Ils nous ont dit de faire le jardin et d'emmener les enfants là-bas."
Défis logistiques	Continuité des activités	Communauté, ONG	"Les villageois donnent les ingrédients... mais il faut toujours acheter."
Barrières à la référence médicale	Obstacles logistiques et financiers	Mères, Animateurs, Superviseurs	"Nous devons payer l'essence de notre poche ou solliciter des familles déjà indigentes."
Perceptions locales	Utilité sociale du FRANC	Mères, Chefs de ménage	"Le FRANC est avant tout assimilé à une garderie communautaire, le 'Zanzan'."
Autonomisation féminine	Rôle du FRANC dans la productivité	Femmes, Mères	"Comme on va au champ, les enfants restent dans le 'Zanzan', nous sommes rassurés."

Thème	Sous-thème	Acteurs concernés	Verbatim illustratif
Lieu de guérison	Récupération nutritionnelle	Femmes, animateurs	"Grâce à l'hôpital [le FRANC], les enfants 'serré déni' sont guéris."
Maturation de l'enfant	Développement de la petite enfance	Enfants, animateurs	"Cette maison, c'est le 'Délamoyôrô', les enfants y apprennent tout en s'amusant."
Transformation sociale et hygiène environnementale	Impact du FRANC sur la salubrité	Communauté, superviseurs	"Depuis qu'il est là, le village est plus propre... on nous apprend la propreté."
Reconnaissance sociale	Volontariat et attentes des animateurs	Animateurs, Communauté	"Nous, on a laissé nos activités pour faire le travail du foyer, on ne gagne rien..."

Sources: notre étude

Discussion

L'implication communautaire comme levier de prise en charge et de prévention de la malnutrition

L'analyse de la perception sociale des FRANC dans les régions du Bafing et du Kabadougou, au nord-ouest de la Côte d'Ivoire, donne des résultats significatifs. En effet, la participation communautaire dans la prise en charge et la prévention de la malnutrition chez les enfants est effective dans certains FRANC et repose essentiellement sur le volontariat des populations et des équipes désignées pour mener les activités (Sylvain FAYE et al., 2019).

Les FRANC bénéficient d'une forte popularité auprès des parents dans les villages enquêtés. Cette appréciation positive se concentre particulièrement sur les activités de communication et les démonstrations culinaires. L'objectif est de diffuser largement les connaissances sur une alimentation équilibrée. Cela implique de mettre en avant les aliments riches en énergie et en nutriments, essentiels pour compléter l'alimentation des enfants à partir de 6 mois, pendant et après leur rétablissement nutritionnel. Ces aliments riches en glucides, lipides, protéines, vitamines et sels minéraux, sont indispensables pour garantir une alimentation adaptée aux besoins, au régime alimentaire et aux habitudes de l'enfant (Hassoumi, 2019). De plus, pour faciliter la préparation des repas à base de produits locaux, des guides de recettes ont été élaborés et distribués par la Direction de Coordination du Programme National de Nutrition (DC PNN) dans les FRANC depuis 2018.

Un autre atout majeur des FRANC réside dans leur capacité à offrir un suivi de l'état nutritionnel des enfants au sein même de la communauté, évitant ainsi aux parents les déplacements souvent coûteux et chronophages vers les centres de santé. La proximité d'une structure sanitaire représente un avantage considérable, car elle permet une réduction non seulement du temps et des frais de transport, mais aussi des dépenses liées aux consultations et aux éventuels traitements (Gabriel, 2018).

Notre résultat concernant le chef de village qui lie la propreté du village à la présence du foyer corrobore l'idée que le FRANC agit comme un modèle social (capitalisation). L'animateur devient un "modèle de rôle" qui influence les normes sociales de propreté (WHO, 2023). Le health extension program en Éthiopie a démontré que l'ancrage communautaire des agents permettait d'améliorer non seulement la nutrition, mais aussi l'assainissement total piloté par la communauté (Assefa et al., 2019).

En revanche, bien que les FRANC soient globalement bien perçus par les populations dans les régions du Bafing et du Kabadougou, nous avons constaté une utilisation discontinue des services. Un facteur important expliquant cette discontinuité réside dans l'organisation même des FRANC. L'offre de services est irrégulière en raison du caractère volontaire de l'engagement des personnes qui y travaillent. Ce volontariat, tel qu'il est pratiqué, est perçu par les animateurs non pas comme un engagement désintéressé, mais plutôt comme une opportunité d'emploi et de rémunération. Cette motivation, axée sur la recherche d'un gain financier, n'incite pas à une implication durable et soutenue, ce qui impacte négativement la régularité et la qualité des services offerts par le FRANC. Action Contre la Faim (2013) a relevé une situation similaire dans la mise en œuvre du Foyer d'Apprentissage et de Réhabilitation Nutritionnelle (FARN) à Korhogo dans la région du Poro, au nord de la Côte d'Ivoire. En Amérique latine au Brésil, le programme des Agents de Santé Communautaire (ASC) a dû évoluer d'un modèle de volontariat vers une professionnalisation salariée pour maintenir la motivation et réduire le taux de rotation des agents (Haines et al., 2007).

Une autre faille à préciser est la disponibilité des produits locaux pour les démonstrations nutritionnelles qui, bien que constituant une approche novatrice, fait souvent défaut. La situation décrit aussi les causes structurelles de l'insécurité alimentaire. Le problème des ruptures d'intrants est également décrit par Sylvain Landry B. FAYE et al. (2016) ; selon eux, on pourrait aussi mettre en relation l'importance des ruptures de stocks avec celle des abandons dans le programme de Prise en Charge de la Malnutrition Aiguë Sévère (PCMAS). Cette situation pourrait confirmer l'idée que les FRANC sont surtout appropriés par les parents comme des espaces pour acquérir des rations alimentaires. Ces attitudes sont en contradiction avec l'approche FRANC qui, grâce à la valorisation des produits locaux, contribue à apporter une réponse

aux difficultés liées à l'accès aux intrants nutritionnels et vient en complément des interventions classiques dans le domaine de la lutte contre la malnutrition. Sa finalité est d'autonomiser la communauté, de la responsabiliser et d'éviter qu'elle ne tombe dans l'assistanat afin de mieux gérer les problèmes de malnutrition des enfants (Houngavou, 2022). Il est donc demandé à la communauté de fournir elle-même les vivres et intrants pour la prise en charge des enfants en situation de MAM. La contribution communautaire est considérée ici comme une stratégie développée par la population pour assurer son autonomisation et être plus résiliente (PMNDPE, 2023).

Nos résultats ont montré que les agents mobilisateurs chargés du suivi des cas d'enfants Malnutris Aigus Sévères (MAS) sont souvent confrontés à des problèmes financiers et logistiques lorsqu'il s'agit de faire le transfert vers un centre de santé quand le village n'en dispose pas ou quand la structure sanitaire est à plus de 5 km ce qui rapproche nos résultats de ceux de Djibo (2017), qui a montré que le manque de moyens financiers constitue un obstacle crucial dans la lutte contre la malnutrition à Niamey. En effet, selon le protocole de prise en charge de la malnutrition chez les enfants de 6 à 59 mois, la prise en charge d'une MAS se fait dans une Unité de Nutrition Thérapeutique (UNT) logée dans un établissement sanitaire. Dans une UNT, la prise en charge n'est plus ambulatoire mais hospitalière (DC PNN, 2009). Mais, dans des situations de grande précarité, la mobilisation des ressources communautaires devient difficile, tout comme l'implication soutenue des ASC et des volontaires. Au Burundi, le guide de gestion des Foyers d'Apprentissage et de Réhabilitation Nutritionnelle (FARN), élaboré par le Programme National intégré d'Alimentation et de Nutrition (PRONIANUT) en collaboration avec ses partenaires, décrit le processus de prise en charge des enfants souffrant de malnutrition modérée. Après un dépistage nutritionnel complet des enfants de 6 à 59 mois, ceux identifiés comme malnutris modérés sont admis dans les FARN. Ces foyers, gérés par des volontaires communautaires appelées "Mamans Lumières", proposent un programme de réhabilitation de 12 jours basé sur l'utilisation de produits locaux. Parallèlement, les mères des enfants bénéficient d'une éducation sur les bonnes pratiques alimentaires, d'hygiène et sanitaires, qu'elles sont encouragées à mettre en œuvre après leur sortie des FARN (RCBIF, 2019). De plus, des expériences récentes menées au Burundi ont montré que les sessions de formation et d'éducation du FARN n'avaient d'impact que si elles étaient appuyées en même temps par des microprojets ou des Activités Génératrices de Revenus (AGR) ciblant les mères les plus vulnérables. Les AGR ont aidé car cela a permis non seulement d'améliorer les conditions de vie des ménages mais aussi de contribuer à réduire les taux d'enfants mal nourris (Amadou et Lawali, 2022).

Le FRANC : un espace aux fonctions plurielles

La perception du FRANC par les enquêtés comme une garderie où l'on peut déposer l'enfant afin de vaquer à ses occupations domestiques et agricoles a également été constatée par Hougavou et al. (2022) dans les Foyers d'Apprentissage et de Réhabilitation Nutritionnelle (FARN) au sud du Bénin. Le FRANC est aussi perçu par les populations comme un lieu d'apprentissage pour les enfants, mais également pour les adultes. Il faut souligner que globalement, les FRANC du Bafing et du Kabadougou sont des espaces sociaux qui offrent un cadre d'apprentissage et de suivi nutritionnel précieux pour les parents. Les Foyers d'Apprentissage, de Réhabilitation Nutritionnelle et d'Éveil (FARNE) au Sénégal illustrent également l'importance de l'apprentissage par les pairs en tant que cadre de socialisation (Diouf, 2014 : 36 ; Hougavou et Masquelier, 2018 ; Kêdoté et al., 2018). L'approche privilégiée est celle de l'auto-découverte par les mères plutôt que l'enseignement traditionnel, visant à les convaincre de l'existence de solutions abordables et réalisables.

L'assimilation du FRANC au concept de « Délamoyôro » témoigne d'une appropriation culturelle forte et d'une redéfinition locale des interventions de santé publique. En désignant cet espace comme un lieu où l'on « façonne l'être », les populations transcendent la dimension purement médicale pour y intégrer une dimension éducative. Cette perception rejoint le cadre international des soins attentionnés (nurturing care), qui stipule que la nutrition seule est insuffisante sans une stimulation psychosociale précoce pour garantir le plein potentiel de l'enfant (OMS & UNICEF, 2018). Des études menées sur les foyers de nutrition au Sénégal (Faye et al., 2016) montrent que lorsque les mères perçoivent ces centres comme des espaces d'apprentissage et non uniquement comme des lieux de soins pour enfants malades, l'adhésion communautaire augmente significativement. Le FRANC, en tant que « laboratoire social », répond à un besoin de transition vers l'éducation préscolaire, un constat également observé au Mali dans les programmes de stimulation intégrée où l'éveil est perçu comme un rempart contre les séquelles cognitives de la malnutrition (Epicentre/MSF, 2023).

Lien avec la théorie des capacités

L'approche des capacités d'Amartya Sen (1999) permet d'éclairer cette situation. Sen définit les capacités comme les opportunités réelles dont disposent les individus pour mener une vie qu'ils valorisent. Dans le contexte du FRANC, la connaissance et la volonté des parents de lutter contre la malnutrition sont présentes. Ils valorisent le foyer comme un sanctuaire de maturation pour leurs enfants, mais ils se heurtent à des obstacles qui limitent leur liberté effective de sécuriser la santé de leurs enfants.

Transformation de la connaissance en capacité

Le dispositif des FRANCS permet aux familles d'acquérir des connaissances essentielles sur la nutrition et la santé, transformant ainsi ces savoirs en capacités. Par exemple, les démonstrations culinaires et l'apprentissage sur l'utilisation des ressources locales enseignent aux mères comment préparer des repas nutritifs à moindre coût. Cela renforce leur autonomie et leur pouvoir d'agir face à la malnutrition. De même, le dépistage actif permet aux animateurs de détecter rapidement les cas de malnutrition, augmentant ainsi la capacité des familles à agir rapidement en cas de besoin.

Obstacles à la conversion capacité en fonctionnement

Cependant, l'absence de moyens de référence adéquats et l'irrégularité des intrants alimentaires entravent la conversion de ces capacités en résultats tangibles. Les familles manquent de la liberté nécessaire pour accéder aux soins médicaux appropriés, en raison de l'éloignement géographique des centres de santé et des coûts indirects associés au transport. Ces obstacles créent une situation où, malgré une volonté et une connaissance accrues, les familles se retrouvent dans l'incapacité d'agir efficacement pour protéger la santé de leurs enfants.

Par exemple, les témoignages des animateurs révèlent que, lorsque l'état de santé d'un enfant nécessite une référence à l'hôpital, les familles doivent souvent assumer des coûts qu'elles ne peuvent pas couvrir. Cela empêche la mise en œuvre des connaissances acquises et limite l'efficacité du dispositif. La fragilité logistique et financière du système communautaire exacerbe cette situation, rendant la transition de la capacité à l'action pratiquement impossible.

Conclusion

La vie de la mère et de l'enfant est au centre des préoccupations de la communauté dans la prise en charge sociale de la malnutrition. C'est pourquoi, au-delà des contraintes financières et matérielles, le FRANC est adopté par les villages des régions du Bafing et du Kabadougou. Son implantation a favorisé une amélioration tangible de la santé publique, une réduction de l'exposition aux risques nutritionnels et une meilleure gestion de l'hygiène environnementale et corporelle. L'étude des perceptions locales révèle que le FRANC n'est pas uniquement une réponse technique ; il est devenu un véritable centre de vie communautaire. En étant perçu tour à tour comme un « Zanzan » (garderie sécurisée), un remède contre le « Serré Déné » ou un « Délamoyôro » (lieu où l'on façonne l'être), le foyer bénéficie d'une haute acceptabilité sociale.

Cependant, cette polyvalence est à double tranchant. Si elle favorise l'adhésion des familles, elle repose sur un équilibre fragile marqué par la

précarité des animateurs et l'irrégularité des sessions de réhabilitation. C'est ici que l'approche des capacités d'Amartya Sen (1999) permet d'éclairer la situation : elle nous invite à analyser l'adhésion au projet au-delà des simples contraintes administratives. Sen définit les capacités comme les opportunités réelles dont disposent les individus pour mener une vie qu'ils valorisent. Dans ce contexte, la persistance de certains indicateurs de malnutrition ne résulte pas d'un manque de volonté des parents qui valorisent pourtant le foyer comme un sanctuaire de maturation mais d'une privation de capacités. Les familles ont la connaissance (le savoir) et l'envie (le vouloir), mais elles manquent de la liberté effective (le pouvoir) pour sécuriser la santé de l'enfant face aux barrières logistiques et financières.

En définitive, l'application de la théorie de Sen souligne que la transformation du FRANC en un levier de développement durable exige de passer de la simple sensibilisation à la création d'opportunités réelles. Réduire les inégalités d'accès aux soins signifie :

- Faciliter la référence médicale : Mettre en place des mécanismes de soutien financier et logistique pour assurer un accès sans entrave aux soins hospitaliers;
- Stabiliser le statut des volontaires : Reconnaître et rémunérer les animateurs pour leur engagement, afin de garantir la pérennité du dispositif;
- Explorer la durabilité des FRANC à travers la mise en place d'AGR ou de micro-crédit;
- Adapter les politiques aux besoins spécifiques des zones rurales : Élaborer des stratégies qui tiennent compte des réalités socio-économiques des communautés;
- Mettre en place des stratégies visant à s'assurer que les communautés perçoivent le FRANC comme une ressource endogène;
- Encourager et soutenir l'implication active des femmes dans la lutte contre la malnutrition.

Une telle démarche permettrait de garantir que le « Délamoyôro » ne soit pas seulement un lieu d'espoir ou de charité, mais un instrument d'une sécurité nutritionnelle et d'une stabilité sociale durable en Côte d'Ivoire. En intégrant ces éléments, le dispositif pourrait véritablement transformer les connaissances en capacités, et ces dernières en résultats concrets pour la santé des enfants et le bien-être des familles.

Remerciements : L'auteur remercie tout le personnel des FRANC, des districts sanitaires, des communautés locales et des sous-préfectures pour leur disponibilité, accompagnement et leur participation à l'étude.

Conflit d'intérêts : L'auteur n'a signalé aucun conflit d'intérêts.

Disponibilité des données : Toutes les données sont incluses dans le contenu de l'article.

Déclaration de financement : L'auteur n'a obtenu aucun financement pour cette recherche.

Déclaration à l'intention des participants humains : Cette étude a été approuvée par l'Université Jean Lorougnon GUEDE, Daloa, Côte d'Ivoire, à travers le Laboratoire des Dynamiques sociales et Territoriales (LADYSTER) de l'UFR des Sciences Sociales et Humaines (SSH) Département de Sociologie-Anthropologie dont je suis membre. Les principes de la Déclaration d'Helsinki ont été respectés.

References:

1. 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.
2. Ahmed, S. M., et al. (2018). Barriers to and facilitators of the implementation of community-based interventions for nutrition in Bangladesh: A qualitative study. *PLOS ONE*, 13(7), Article e0200273. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0200273>
3. Amadou, I., & Lawali, S. (2022). Gestion intelligente de la malnutrition grâce aux aliments locaux : Une initiative durable pour les pays en développement. *Frontiers in Sustainable Food Systems*, 6, Article 725536. <https://doi.org/10.3389/fsufs.2022.725536>
4. Assefa, Y., Gelaw, Y. A., Hill, P. S., Taye, B. W., & Van Damme, W. (2019). Community health extension program of Ethiopia, 2003–2018: Successes and challenges toward universal health coverage for primary healthcare services. *Globalization and Health*, 15(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12992-019-0467-5>
5. CIRES. (2022). *Résilience pour la Paix (R4P) : Série d'étude – Comprendre les régions frontalières nord de la Côte d'Ivoire : Analyse de l'économie politique (AEP) de la gouvernance locale dans les zones frontalières du nord de la Côte d'Ivoire*. Février 2022. Réalisé par la Cellule d'Analyse de Politiques Economiques du Equal Access International, pp. 5-26.
6. Deshmukh, V., et al. (2020). Community perception and barriers to utilization of Anganwadi services in rural areas of Central India.

- International Journal of Community Medicine and Public Health*, 7(6), 22-28. <https://doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20202412>
7. Direction de Coordination de Programme National de Nutrition (DC PNN). (2009). *Protocole national de prise en charge nutritionnelle des personnes infectées et affectées par le VIH et/ou malades de la tuberculose* (Rapport non publié). Abidjan, Ministère en charge de la santé, République de Côte d'Ivoire, 102 p.
 8. Direction de la santé du Sénégal, Service National de l'Alimentation et de la Nutrition (SNAN). (2001). *Approche des foyers d'apprentissage et de réhabilitation nutritionnelle utilisant la positive déviance*. pp. 9.
 9. Epicentre/MSF. (2023). *STIMNUT: Psychosocial stimulation for children aged 6 to 23 months suffering from severe acute malnutrition. An innovative community-based approach developed in Koutiala, Mali*. MSF Research Brief.
 10. Faye, S. L. B., Mendy, F. T., & Ndoeye, T. (2016). Quand les mères « résistent » aux foyers d'Apprentissage, de Réhabilitation Nutritionnelle et d'éveil (FARNE) à Mbacké (Diourbel, Sénégal). *Face à face*, 13. <https://doi.org/10.4000/faceaface.1055>
 11. Gabriel Deussom. (2016). *Analyse situationnelle de la mobilisation communautaire et la stratégie de communauté de convergence du secteur de la nutrition en Côte d'Ivoire* (Rapport de mission). pp. 4-23.
 12. Haines, A., Sanders, D., Lehmann, U., Rowe, A. K., Lawn, J. E., Jan, S., & Bhutta, Z. (2007). Achieving child survival goals: The role of community health workers. *The Lancet*, 369(9579), 2121-2131. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60325-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60325-0)
 13. Haisset Gnomon Fanga. (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* (Mémoire de Master en Développement, Université Senghor, Département Santé, Spécialité politiques nutritionnelles). pp. 27.
 14. Hassoumi, D. J. (2019). Lutte contre la malnutrition à travers les foyers d'apprentissage et de réhabilitation nutritionnelle (FARN) : De la consommation des aliments locaux à la guérison des enfants malnutris. *GSJ*, 7(7), 18-27. <https://doi.org/10.21474/ijar01/12516>
 15. Hougavou, P., & Masquelier, B. (2018). Participation communautaire dans la prise en charge et la prévention de la malnutrition chez les enfants : Une analyse des perceptions locales des foyers d'apprentissage et de réhabilitation nutritionnelle (FARN) au sud du Bénin. *Faculté des sciences économiques, sociales, politiques et de communication, Université catholique de Louvain*. Disponible en ligne sur <http://hdl.handle.net/2078.1/thesis:16745>, pp. 10-29.

16. Institut National de la Statistique (INS). (2012). *Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples (EDS-MICS) 2011-2012*. pp. 29.
17. Kouadio, K. J., et al. (2020). Facteurs socioculturels associés à la malnutrition chronique des enfants de moins de 5 ans dans le Nord de la Côte d'Ivoire. *Revue de Santé Publique de Côte d'Ivoire*.
18. Lawali, S., Amadou, I., Gambo Mahaman, N. D., & Saley, M. (2021). Pesanteurs socioculturelles et leurs impacts sur les activités de développement dans la région de Maradi au Niger. *International Journal of Advanced Research*, 9, 793-804. <https://doi.org/10.21474/ijar01/12516>
19. OMS, UNICEF, & Banque Mondiale. (2018). *Soins attentionnés pour le développement de la petite enfance : Un cadre pour aider les enfants à survivre et à s'épanouir pour transformer la santé et le potentiel humain*. Organisation mondiale de la Santé.
20. PMNDPE. (2023). *Rapport de la revue à mi-parcours du PMNDPE du 31 mai au 11 juin 2023*. Présentation du bilan des activités de mise en œuvre depuis 2019, pp. 7-32.
21. Projet Santé Nutrition et Développement de la Petite Enfance (PSNDPE). (2023). *Cadre de Réinstallation (CR)*. Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle. Projet santé, nutrition et développement de la petite enfance pour la Couverture Sanitaire Universelle (CSU), pp. 43-57.
22. Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire (RASS). (2018). pp. 39.
23. Sen, A. Sen, A. (1999). *Development as freedom*. Oxford University Press. (1999). *Biographical*. Consulté à l'adresse https://www.nobelprize.org/nobel_prizes/economic-sciences/laureates/1998/sen-bio.html,
24. SMART. (2019). *Étude sur l'évaluation de l'état nutritionnel selon la méthodologie SMART dans les 14 districts administratifs de la Côte d'Ivoire*. Ministère de la santé et de l'hygiène publique, Rapport Définitif.
25. STP/CNN. (2018). *Manuel opérationnel des Foyers de Renforcement des Activités de Nutrition Communautaire (FRANC)*. Primature de Côte d'Ivoire.
26. World Health Organization (WHO). (2023). *Guideline on the prevention and management of wasting and nutritional oedema (acute malnutrition) in infants and children under 5 years*. Genève : WHO.