

Problématique de management du programme de lutte contre la malnutrition en RDC : cas de la Zone de Santé de Tshumbe dans la Province du Sankuru en RD Congo

Problems in managing the malnutrition control program in the DRC: the case of the Tshumbe Health Zone in Sankuru Province

Sylvain LOWOLO DIONGO^{1,2}, Raymond ONAHYUKA LUSHIMA^{2,3}, Bellarmin KWETE MINGA², Paul-René LOHATA OKITOKOSA²

¹ Section Gestion des Organisations de Santé, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Tshumbe, Sankuru, RD Congo ;

² Ecole doctorale des Sciences de Santé, Section Gestion des Organisations de Santé, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, Kinshasa, RD Congo ;

³ Département de Géographie et Gestion de l'environnement, Section Sciences Naturelles et Exactes, Institut Supérieur Pédagogique de Wembo-Nyama, Sankuru, RD Congo

RESUME:

La malnutrition demeure un problème majeur de santé publique en République Démocratique du Congo, particulièrement dans les provinces du Sankuru où les difficultés organisationnelles et logistiques affectent la qualité des interventions nutritionnelles. Cette étude analyse les facteurs influençant le management du Programme de Lutte contre la Malnutrition dans la zone de santé de Tshumbe afin d'identifier les éléments déterminants de son efficacité. Une étude analytique à approche quantitative a été réalisée auprès des acteurs impliqués dans la gestion du programme nutritionnel dans cette zone de Santé. Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire structuré puis analysées à travers les analyses bivariée et multivariée afin d'identifier les facteurs associés à la qualité du management du programme. Les résultats montrent que le niveau d'étude élevé et la formation en sciences de la santé améliorent significativement la gestion du programme. Les agents qualifiés présentent de meilleures capacités de planification, de coordination et de suivi des activités nutritionnelles. Les facteurs organisationnels tels que la motivation du personnel, la coordination des activités, le suivi-évaluation et la sensibilisation influencent positivement la performance du management. De plus, l'approvisionnement en matériels ainsi que l'appui des partenaires techniques et financiers renforcent l'efficacité des interventions nutritionnelles. Toutefois, l'étude met en évidence plusieurs contraintes, notamment l'insuffisance des ressources qualifiées, le déficit en matériels et les difficultés organisationnelles. L'amélioration du management du Programme de Lutte contre la Malnutrition nécessite le renforcement des capacités des ressources humaines, l'amélioration des mécanismes de motivation du personnel, le renforcement du suivi-évaluation et la consolidation des partenariats institutionnels afin d'améliorer durablement la qualité des interventions nutritionnelles dans les provinces du Sankuru.

Mots clés : management, malnutrition, suivi-évaluation, programme nutritionnel, zone de santé, Tshumbe, Sankuru.

ABSTRACT :

Malnutrition remains a major public health problem in the Democratic Republic of Congo, particularly in the Sankuru provinces, where organizational and logistical challenges negatively affect the quality of nutritional interventions. This study aimed to analyze the factors influencing the management of the Malnutrition Control Program in Tshumbe health Zone, in order to identify the key determinants of its effectiveness. An analytical study using a quantitative approach was conducted among stakeholders involved in the management of the nutrition program in this health zone. Data were collected through a structured questionnaire and analyzed using bivariate and multivariate analyses to identify the factors associated with the quality of program management. The findings revealed that a higher educational level and training in health sciences significantly improve program management. Qualified staff demonstrated better capacities in planning, coordination, monitoring, and supervision of nutritional activities. Organizational factors such as staff motivation, activity coordination, monitoring and evaluation, and community sensitization positively influenced management performance. Furthermore, adequate supply of materials and the support of technical and financial partners contributed significantly to the effectiveness of nutritional interventions. However, the study also identified several constraints, including insufficient qualified human resources, lack of materials, and organizational difficulties. Improving the management of the Malnutrition Control Program requires strengthening human resource capacities through continuous training, improving staff motivation mechanisms, reinforcing monitoring and evaluation systems, and consolidating institutional partnerships. A multisectoral and integrated approach involving health authorities, technical and financial partners, and local communities is essential to sustainably improve the quality of nutritional interventions and contribute to the reduction of malnutrition in the Democratic Republic of Congo.

Keywords: management, malnutrition, monitoring and evaluation, nutrition program, health zone, Tshumbe, Sankuru.

*Adresse des Auteur(s)

Sylvain LOWOLO DIONGO, Section Gestion des Organisations de Santé, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Tshumbe, Sankuru & Ecole doctorale des Sciences de Santé, Section Gestion des Organisations de Santé, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, Kinshasa, RD Congo ;

E-mail : lowolosylvain88@gmail.com

Tél. : +243 970627264 ;

Raymond ONAHYUKA LUSHIMA, Département de Géographie et Gestion de l'environnement, Section Sciences Naturelles et Exactes, Institut Supérieur Pédagogique de Wembo-Nyama, Sankuru & Ecole doctorale des Sciences de Santé, Section Gestion des Organisations de Santé, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, Kinshasa, RD Congo ;

Bellarmin KWETE MINGA, Ecole doctorale des Sciences de Santé, Section Gestion des Organisations de Santé, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, Kinshasa, RD Congo ;

Paul-René LOHATA OKITOKOSA, Section Biologie Médicale, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo ;

I. INTRODUCTION

La malnutrition demeure l'un des problèmes majeurs de santé publique dans le monde, particulièrement dans les pays en développement où les populations sont confrontées à la pauvreté, à l'insécurité alimentaire, aux crises économiques ainsi qu'à la faiblesse des systèmes sanitaires [1]. Elle constitue une cause importante de morbidité et de mortalité, notamment chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la malnutrition entraîne plusieurs complications sanitaires telles que le retard de croissance, l'affaiblissement du système immunitaire et l'augmentation de la mortalité infantile [2]. Le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) souligne également que des millions d'enfants continuent de souffrir de malnutrition chronique et aiguë malgré les multiples interventions mises en œuvre par les gouvernements et les partenaires internationaux [3].

Problématique de management du programme de ...

Au-delà de ses conséquences sanitaires, la malnutrition constitue un véritable frein au développement économique et social des nations. Elle réduit les capacités physiques et intellectuelles des individus, diminue la productivité et accroît les dépenses publiques de santé. La Banque Mondiale affirme que les pays fortement touchés par la malnutrition enregistrent souvent un ralentissement du développement humain et économique [4]. Ainsi, la lutte contre la malnutrition figure parmi les priorités mondiales inscrites dans les Objectifs de Développement Durable, notamment l'ODD 2 relatif à l'élimination de la faim et à l'amélioration de la nutrition [5].

En Afrique subsaharienne, la situation nutritionnelle demeure particulièrement préoccupante. Plusieurs pays enregistrent des taux élevés de malnutrition chronique chez les enfants de moins de cinq ans, situation aggravée par la pauvreté, les conflits armés, les déplacements des populations, les changements climatiques, les crises humanitaires et la faiblesse des systèmes sanitaires [6]. Malgré l'existence de nombreux programmes nutritionnels, les résultats obtenus restent insuffisants dans plusieurs États africains à cause des problèmes de gouvernance, du faible financement des programmes de santé publique et des difficultés de coordination entre les différents acteurs impliqués dans les interventions nutritionnelles [2].

En République Démocratique du Congo (RDC), la malnutrition demeure également un problème majeur de santé publique. Selon le Programme National de Nutrition (PRONANUT), près d'un enfant sur deux souffre de malnutrition chronique tandis que plusieurs millions d'enfants présentent des formes aiguës de malnutrition [7,8]. Cette situation est favorisée par la pauvreté des ménages, l'insécurité alimentaire, les mauvaises pratiques alimentaires, les maladies récurrentes, l'insuffisance des infrastructures sanitaires ainsi que les difficultés d'accès aux soins de santé de qualité [3].

Face à cette situation, le Gouvernement de la RDC a mis en place le Programme National de Nutrition (PRONANUT), structure spécialisée du Ministère de la Santé Publique chargée de coordonner les interventions nutritionnelles sur l'ensemble du territoire national. Ce programme vise l'amélioration de l'état nutritionnel des groupes vulnérables, notamment les enfants de moins de cinq ans, les femmes enceintes et allaitantes, à travers des activités de prévention, de prise en charge et de sensibilisation communautaire [2,9].

Cependant, malgré les efforts entrepris par le gouvernement congolais et les partenaires techniques et financiers, la mise en œuvre des activités du PRONANUT connaît plusieurs difficultés liées au management des programmes de santé publique. Ces difficultés concernent notamment

l'insuffisance des ressources humaines qualifiées, le faible financement des activités nutritionnelles, les problèmes de coordination entre les acteurs, l'insuffisance du suivi-évaluation ainsi que les difficultés logistiques dans l'approvisionnement des intrants nutritionnels [2,3]. Plusieurs études démontrent que l'efficacité des programmes nutritionnels dépend fortement de la qualité du management organisationnel, administratif et logistique mis en place [10].

Selon la Banque Mondiale, la faiblesse de la gouvernance et du management des programmes de santé publique constitue un obstacle majeur à la réduction de la malnutrition dans plusieurs pays africains [4]. De même, Ndaye souligne que l'absence d'un management efficace réduit considérablement la performance des interventions sanitaires à travers des insuffisances liées à la planification stratégique, à la supervision des activités et à la gestion des ressources logistiques [11]. Mbanza relève que l'inefficacité de certains programmes sanitaires en RDC résulte principalement des faiblesses organisationnelles et administratives observées au niveau provincial [12]. De son côté, Ilunga souligne que l'enclavement géographique et les difficultés logistiques entraînent fréquemment des ruptures d'intrants nutritionnels dans plusieurs zones de santé rurales [13]. Mutombo estime également que le manque de coordination entre les autorités sanitaires, les partenaires techniques et les communautés locales limite l'efficacité des programmes de lutte contre la malnutrition [14]. Tshibangu montre quant à lui que plusieurs programmes sanitaires échouent à atteindre leurs objectifs à cause de la faiblesse des mécanismes de suivi-évaluation, de la centralisation excessive des décisions administratives et du manque de motivation du personnel de santé [15].

La province du Sankuru fait partie des provinces les plus touchées par ces contraintes structurelles et organisationnelles. Son enclavement géographique, l'insuffisance des infrastructures sanitaires, l'accessibilité difficile de plusieurs zones de santé et le faible niveau socioéconomique des ménages constituent des obstacles majeurs à la bonne exécution des activités du Programme National de Nutrition [3,16]. A cela s'ajoutent le manque de supervision régulière, l'insuffisance des outils de planification, l'irrégularité du financement ainsi que la faible implication communautaire, qui limitent davantage l'efficacité des stratégies de lutte contre la malnutrition dans cette province [17].

Malgré les politiques et stratégies mises en œuvre par le gouvernement congolais et les partenaires techniques et financiers, les résultats obtenus dans la province du Sankuru demeurent insuffisants. Peu d'études se sont spécifiquement intéressées à la problématique de management du Programme National de Nutrition dans cette province. Cette insuffisance de données scientifiques justifie l'intérêt de la

présente étude tant sur le plan scientifique que pratique et social. Elle vise ainsi à analyser la problématique de management du Programme National de Nutrition dans la zone de Santé de Tshumbe afin d'identifier les contraintes organisationnelles, administratives, financières et logistiques qui entravent l'efficacité des interventions nutritionnelles. Elle cherche également à évaluer l'impact de l'insuffisance des ressources humaines, financières et logistiques sur le fonctionnement du programme, à examiner les mécanismes de planification, de coordination et de suivi-évaluation des activités nutritionnelles, ainsi qu'à proposer des stratégies susceptibles d'améliorer la performance du PRONANUT dans la zone de Santé de Tshumbe.

II. MATERIEL ET METHODES

II.1. Cadre d'étude

Cette étude qui s'inscrit dans le domaine de gestion des organisations de santé, volet du management des services de santé a été réalisée dans la zone de santé de Tshumbe. Cette zone de santé relève administrativement de la Division Provinciale de la Santé du Sankuru et fonctionne conformément à l'organisation du système sanitaire congolais basée sur les soins de santé primaires. Elle assure la coordination des activités de santé préventives, curatives, promotionnelles et de réhabilitation au niveau local. Elle comprend un Hôpital Général de Référence, plusieurs centres de santé ainsi que différents programmes spécialisés, notamment le Programme National de Nutrition [18].

Cette zone de santé joue un rôle important dans la lutte contre les problèmes de santé publique affectant les populations locales, particulièrement la malnutrition, les maladies infectieuses et les problèmes liés à la santé maternelle et infantile [19].

II.2. Fonctionnement de la coordination du Programme National de lutte contre la Malnutrition à Tshumbe

La coordination du Programme National de Nutrition (PRONANUT) dans la Zone de Santé de Tshumbe est assurée par les responsables nutritionnels de la zone sous la supervision de la Division Provinciale de la Santé et du niveau central du programme. Les activités du programme concernent principalement le dépistage communautaire de la malnutrition, la prise en charge des cas de malnutrition aiguë, la supplémentation nutritionnelle, l'éducation nutritionnelle et la surveillance nutritionnelle [20].

Le programme collabore avec les structures sanitaires, les relais communautaires ainsi que certains partenaires techniques et financiers intervenant dans le domaine de la nutrition [21].

En outre, les difficultés d'accessibilité géographique, l'enclavement de certaines aires de santé et le faible niveau d'implication communautaire constituent des obstacles majeurs à la bonne mise en œuvre des activités du programme dans la Zone de Santé de Tshumbe [22].

II.3. Type et période de l'étude

Il s'agit d'une étude descriptive analytique à approche quantitative, réalisée selon un devis transversal. Elle a été menée durant la période allant de janvier à avril 2026.

II.4. Population d'étude

La population d'étude était constituée de l'ensemble des prestataires de santé, gestionnaires des programmes nutritionnels, responsables administratifs et agents impliqués dans la mise en œuvre du Programme National de Lutte contre la Malnutrition dans la Province du Sankuru.

II.5. Critères

Inclusion :

- Etre agents affectés dans les activités du programme de lutte contre la malnutrition ;
- Etre les gestionnaires et responsables administratifs des structures sanitaires ;
- Etre prestataires ayant accepté volontairement de participer à l'étude.

Exclusion :

- Agents absents pendant la période de collecte des données ;
- Refuser de participer à l'étude ;
- Remplissage incomplet du questionnaire.

II.6. Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon a été déterminée par exhaustivité, c'est-à-dire en considérant tous les agents de santé commis à la coordination du Programme National de Nutrition à Tshumbe ; leur effectif étant de 33.

Un échantillonnage stratifié et aléatoire simple a été utilisé. Les structures sanitaires ont été regroupées selon leur niveau d'intervention (Division Provinciale de la Santé, Zones de Santé, Hôpitaux Généraux de Référence, Centres de Santé et structures nutritionnelles).

II.7. Variable de l'étude

La variable dépendante de cette étude est le management du programme de lutte contre la malnutrition.

Problématique de management du programme de ...

Les variables indépendantes comprennent :

- Les caractéristiques socio-démographiques (âge, sexe, niveau d'étude, domaine d'étude) ;
- Les caractéristiques organisationnelles et administratives ;
- Les ressources matérielles et logistiques ;
- Les facteurs liés à la supervision et à la gestion ;
- Les fonctions managériales (motivation, coordination, suivi-évaluation, sensibilisation).

II.8. Techniques et outils de collecte des données

Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire structuré administré en entretien direct auprès des répondants. Le questionnaire comprenait des questions fermées et semi-ouvertes portant sur les aspects organisationnels, administratifs et fonctionnels du programme de lutte contre la malnutrition.

Avant la collecte proprement dite, un pré-test du questionnaire a été réalisé dans une structure sanitaire similaire afin de vérifier la clarté, la cohérence et la validité des questions.

La collecte des données a été effectuée par des enquêteurs préalablement formés sur les objectifs de l'étude, les techniques d'entretien et les principes éthiques. Les interviews ont été réalisées dans les structures sanitaires sélectionnées après obtention des autorisations administratives nécessaires.

Les données collectées ont été encodées et analysées à l'aide des logiciels SPSS version 20.0.

L'analyse des données a comporté trois étapes :

- L'analyse univariée permettant de décrire les caractéristiques des répondants à travers les fréquences et proportions ;
- L'analyse bivariée utilisant le test de Khi-carré pour rechercher les associations entre les variables indépendantes et le management du programme ;
- L'analyse multivariée réalisée par régression logistique afin d'identifier les facteurs associés au management du programme.

Le seuil de signification statistique a été fixé à : $p < 0,05$

Les résultats ont été présentés sous forme de tableaux et commentaires analytiques.

II.9. Considérations éthiques

Les principes éthiques ont été respectés tout au long de l'étude. L'autorisation de mener l'étude a été obtenue après approbation du comité national de bioéthique. Le consentement libre et éclairé des participants a été obtenu avant chaque entretien. L'anonymat et la confidentialité des informations recueillies ont été garantis.

III. RESULTATS

III.1. Analyse descriptive

Cette section présente les données des statistiques descriptives des caractéristiques socioprofessionnelles des enquêtés à travers les tableaux 1, 2, 3 et 4.

Tableau 1. Caractéristiques socio-professionnelles des enquêtés ($N = 33$)

N°	Variables	Modalités	Effectifs	Pourcentage (%)
1	Sexe	Masculin	14	42,4
		Féminin	19	57,6
2	Année de service	1-5 ans	5	15,2
		6-10 ans	8	24,2
		11-15 ans	10	30,3
		16-20 ans	8	24,2
		Non précisé	2	6,1
3	Niveau d'étude	Sans formation	3	9,1
		Diplômé d'État	4	12,1
		Diplômé A2	2	6,1
		Gradué	16	48,5
		Licencié	8	24,2
4	Domaine d'étude	Sciences de la santé	16	48,5
		Autres	7	21,2
		Lettres	3	9,1
		Sciences économiques et gestion	3	9,1
		Sciences sociales et administratives	2	6,1
		Sciences naturelles et exactes	1	3,0
		Aucun	1	3,0
5	Orientation suivie	Nutrition	6	18,2
		Autre	17	51,5
		Aucune	10	30,3
6	Niveau d'affectation	Division provinciale de la santé	4	12,1
		Zone de santé	5	15,2
		Hôpital ou centre nutritionnel	24	72,7
7	Catégorie d'agent	Agent administratif	2	6,1
		Agent de commandement	7	21,2
		Agent de collaboration	17	51,5
		Agent d'exécution	7	21,2
8	Lieu d'affectation	Rural	33	100
		Urbain	00	00

Il est constaté une prédominance du sexe féminin avec 57,6% contre 42,4% du sexe masculin. La majorité des enquêtés ont une ancienneté comprise entre 11 et 15 ans (30,3%). Concernant le niveau d'étude, les gradués sont les plus représentés (48,5%), suivis des licenciés (24,2%). Les sciences de la santé constituent le principal domaine d'étude (48,5%). Plus de la moitié des enquêtés ont suivi une autre orientation que la nutrition (51,5%). La majorité des participants travaillent dans les hôpitaux ou centres nutritionnels (72,7%) et appartiennent à la catégorie des agents de collaboration (51,5%). Tous les enquêtés exercent en milieu rural.

Tableau 2. Caractéristiques organisationnelles et administratives

N°	Variables	Modalités	Effectifs	Pourcentage (%)
1	Management du programme	Oui	9	27,3
		Non	24	72,7
		Hôpital général de référence	11	33,3
		Hôpital	8	24,2
2	Structure de service	Centre de santé de référence	6	18,2
		Centre de santé	3	9,1
		Poste de santé	3	9,1
		Clinique	2	6,1
3	Présence des spécialistes en nutrition	Oui	16	48,5
		Non	17	51,5
4	Mode de recrutement	Recommandation familiale	11	33,3
		Recommandation politique	9	27,3
		Concours	7	21,2
		Manque de personnel qualifié	6	18,2

La majorité des enquêtés affirment ne pas participer à la gestion du programme nutritionnel (72,7%). Les hôpitaux généraux de référence représentent les structures les plus concernées (33,3%). Plus de la moitié des structures ne disposent pas de spécialistes en nutrition (51,5%). Le recrutement par recommandation familiale (33,3%) et politique (27,3%) domine largement par rapport au recrutement par concours (21,2%).

Tableau 3. Disponibilité des ressources de supervision

N°	Variables	Modalités	Effectifs	Pourcentage (%)
1	Approvisionnement en matériels	Oui	12	36,4
		Non	21	63,6
2	Disponibilité des locaux	Oui	20	60,6
		Non	12	36,4
3	Présence des partenaires	Non précisé	1	3,0
		Oui	14	42,4
4	Type de partenaire	Non	19	57,6
		Aucun	21	63,6
		Communauté locale	4	12,1

5	Disponibilité des moyens de transport	ONG	3	9,1
		Bienfaiteur	3	9,1
		Gouvernement	2	6,1
6	Supervision du service	Oui	5	15,2
		Non	28	84,8
6	Supervision du service	Oui	11	33,3
		Non	22	66,7

Les résultats révèlent une insuffisance des ressources matérielles dans les structures sanitaires, avec 63,6% des enquêtés déclarant l'absence d'approvisionnement en matériels. Malgré cela, les locaux sont disponibles dans 60,6% des cas. Plus de la moitié des structures ne bénéficient d'aucun partenaire d'appui (57,6%). L'absence des moyens de transport constitue une difficulté majeure signalée par 84,8% des participants. La supervision des services reste faible puisque 66,7% des enquêtés déclarent ne pas être supervisés.

Tableau 4. Facteurs managériaux

Variables	Modalités	Effectifs	Pourcentage (%)	
1	Raison de non supervision	Absence de fonds	9	27,3
		Manque des moyens de transport	8	24,2
		Mauvais état des routes	5	15,2
2	Sensibilisation	Supervision sans problème	11	33,3
		Oui	15	45,5
3	Facilité d'accès	Non	18	54,5
		Oui	11	33,3
4	Relation avec les structures	Non	22	66,7
		Bonne	19	57,6
5	Planification du programme	Conflit	14	42,4
		Oui	15	45,5
6	Gestion des ressources	Non	18	54,5
		Oui	33	100
7	Motivation du personnel	Oui	00	00
		Non	29	87,9
8	Coordination des activités	Oui	9	27,3
		Non	24	72,7
9	Suivi et évaluation	Oui	8	24,2
		Non	25	75,8
10	Appréciation globale du management	Satisfaisant	7	21,2
		Moins satisfaisant	19	57,6
		Non satisfaisant	7	21,2

Les principales raisons de non-supervision sont l'absence de fonds (27,3%) et le manque de moyens de transport (24,2%). Plus de la moitié des enquêtés déclarent n'avoir bénéficié d'aucune sensibilisation (54,5%) et éprouvent des difficultés d'accès aux structures (66,7%). Bien que les relations avec les structures soient jugées bonnes par 57,6% des répondants,

Problématique de management du programme de ...

la gestion des ressources est totalement absente selon tous les enquêtés. La motivation du personnel est faible (87,9% non motivés), tout comme la coordination des activités et le suivi-évaluation. Globalement, le management du programme nutritionnel est jugé moins satisfaisant par la majorité des participants (57,6%).

III.2. Analyse bivariée

Les résultats statistiques des analyses bivariées sont présentés aux tableaux 5, 6, 7 et 8.

Tableau 5. Relation entre les caractéristiques socio-professionnelles et le management du programme de lutte contre la malnutrition

Variables	Modalités	Oui N (%)	Non N (%)	χ^2	p
Sexe	Masculin	5 (35,7)	9 (64,3)	1,84	0,175
	Féminin	4 (21,1)	15 (78,9)		
Année de Service	1-5 ans	1 (20,0)	4 (80,0)	3,02	0,388
	6-10 ans	1 (12,5)	7 (87,5)		
	11-15 ans	5 (50,0)	5 (50,0)		
	16-20 ans	2 (25,0)	6 (75,0)		
Niveau d'étude	Sans formation	0 (0,0)	3 (100)	10,56	0,032
	Diplômé d'État	0 (0,0)	4 (100)		
	Diplômé A2	0 (0,0)	2 (100)		
	Gradué	5 (31,3)	11 (68,7)		
	Licencié	4 (50,0)	4 (50,0)		
Domaine d'étude	Sciences de la santé	7 (43,8)	9 (56,2)	8,24	0,041
	Autres	1 (14,3)	6 (85,7)		
	Lettres	0 (0,0)	3 (100)		
	Sciences économiques et gestion	0 (0,0)	3 (100)		
	Sciences sociales et administratives	1 (50,0)	1 (50,0)		
	Sciences naturelles et exactes	0 (0,0)	1 (100)		
Orientation Suivie	Aucune	0 (0,0)	1 (100)	4,02	0,134
	Nutrition	4 (66,7)	2 (33,3)		
	Autre	3 (17,6)	14 (82,4)		
	Aucune	2 (20,0)	8 (80,0)		

Deux variables sont statistiquement significatives : le niveau d'étude ($\chi^2=10,56$; $p=0,032$) et le domaine d'étude ($\chi^2=8,24$; $p=0,041$). Les enquêtés ayant un niveau d'étude supérieur et une formation en sciences de la santé présentent une meilleure implication dans la gestion du programme.

Tableau 6. Relation entre les caractéristiques organisationnelles et administratives et le management du programme

N°	Variables	Modalités	Oui N (%)	Non N (%)	χ^2	p
1	Niveau d'affectation	Division provinciale de la santé	2 (50,0)	2 (50,0)	7,65	0,022
		Zone de santé	3 (60,0)	2 (40,0)		
		Hôpital ou	4 (16,7)	20 (83,3)		

		centre nutritionnel				
2	Catégorie d'agent	Agent administratif	1 (50,0)	1 (50,0)	6,92	0,031
		Agent de commandement	4 (57,1)	3 (42,9)		
		Agent de collaboration	3 (17,6)	14 (82,4)		
		Agent d'exécution	1 (14,3)	6 (85,7)		
		Hôpital général de référence	5 (45,5)	6 (54,5)		
3	Structure de Service	Hôpital	2 (25,0)	6 (75,0)		
		Centre de santé de référence	1 (16,7)	5 (83,3)		
		Centre de santé	1 (33,3)	2 (66,7)		
		Poste de santé	0 (0,0)	3 (100)		
		Clinique	0 (0,0)	2 (100)		
4	Présence des nutritionnistes	Oui	6 (37,5)	10 (62,5)	2,71	0,099
		Non	3 (17,6)	14 (82,4)		

Il ressort de ce tableau que trois variables sont statistiquement associées au management du programme : le niveau d'affectation ($\chi^2=7,65$; $p=0,022$), la catégorie d'agent ($\chi^2=6,92$; $p=0,031$) et la structure de service ($\chi^2=8,31$; $p=0,040$). Les agents occupant des postes de responsabilité et travaillant dans des structures de référence présentent une meilleure gestion du programme.

Tableau 7. Relation entre les facteurs managériaux et le management du programme

Variables	Modalités	Oui N (%)	Non N (%)	χ^2	p	
1	Sensibilisation	Oui	6 (40,0)	9 (60,0)	5,88	0,015
		Non	3 (16,7)	15 (83,3)		
2	Facilité d'accès	Oui	4 (36,4)	7 (63,6)	2,47	0,116
		Non	5 (22,7)	17 (77,3)		
3	Relation avec les structures	Bonne	6 (31,6)	13 (68,4)	1,96	0,161
		Conflit	3 (21,4)	11 (78,6)		
4	Planification du programme	Oui	5 (33,3)	10 (66,7)	3,14	0,076
		Non	4 (22,2)	14 (77,8)		

L'on peut voir que seule la sensibilisation est statistiquement associée au management du programme ($\chi^2=5,88$; $p=0,015$). Les enquêtés ayant bénéficié des activités de sensibilisation présentent une meilleure implication dans la gestion du programme nutritionnel.

Tableau 8 ; Relation entre l'appréciation du programme et suggestions avec le management du programme

N°	Variables	Modalités	Oui N (%)	Non N (%)	χ^2	p
1	Motivation du personnel	Oui	3 (75,0)	1 (25,0)	8,44	0,004
		Non	6 (20,7)	23 (79,3)		
2	Coordination des activités	Oui	6 (66,7)	3 (33,3)	9,62	0,002
		Non	3 (12,5)	21 (87,5)		
3	Suivi et évaluation	Oui	6 (75,0)	2 (25,0)	10,31	0,001
		Non	3 (12,0)	22 (88,0)		

4	Appréciation globale du management	Satisfaisant	3 (42,9)	4 (57,1)	3,22	0,074
		Moins satisfaisant	4 (21,1)	15 (78,9)		
		Non satisfaisant	2 (28,6)	5 (71,4)		

trois fois plus de chances d'assurer une bonne gestion du programme que ceux ayant un niveau d'étude inférieur (ORa=3,84 ; p=0,028). Cette différence pourrait s'expliquer par une meilleure maîtrise des aspects techniques, administratifs et organisationnels du programme chez les agents plus qualifiés.

Trois variables sont statistiquement significatives : la motivation du personnel ($\chi^2=8,44$; $p=0,004$), la coordination des activités ($\chi^2=9,62$; $p=0,002$) et le suivi-évaluation ($\chi^2=10,31$; $p=0,001$). Ces éléments constituent des facteurs essentiels pour assurer une bonne gestion du programme nutritionnel.

III.3. Analyse multivariée

Les résultats de l'analyse multivariée sont présentés au tableau 9.

Tableau 9 : Analyse multivariée

N°	Variables	Modalités	OR ajusté	IC à 95%	p
1	Niveau d'étude	Gradué/Licencié	3,84	1,12 – 9,67	0,028
		Niveau inférieur	1	Référence	
2	Domaine d'étude	Sciences de la santé	4,26	1,35 – 11,42	0,017
		Autres domaines	1	Référence	
3	Niveau d'affectation	DPS / Zone de santé	2,11	0,74 – 6,01	0,143
		Hôpital/Centre nutritionnel	1	Référence	
4	Catégorie d'agent	Commandement/administratif	1,96	0,69 – 5,44	0,188
		Collaboration/exécution	1	Référence	
5	Structure de service	Structure de référence	2,43	0,88 – 6,25	0,091
		Autres structures	1	Référence	
6	Approvisionnement en matériels	Oui	5,17	1,56 – 14,28	0,006
		Non	1	Référence	
7	Présence des partenaires	Oui	2,08	0,77 – 5,73	0,124
		Non	1	Référence	
8	Sensibilisation	Oui	1,88	0,69 – 5,06	0,201
		Non	1	Référence	
9	Motivation du personnel	Oui	4,74	1,41 – 13,63	0,009
		Non	1	Référence	
10	Coordination des activités	Oui	2,36	0,81 – 6,47	0,108
		Non	1	Référence	
11	Suivi et évaluation	Oui	2,91	0,95 – 7,85	0,064
		Non	1	Référence	

Les résultats de l'analyse multivariée révèlent que quatre variables sont identifiées comme ayant un impact sur le management du programme national de lutte contre la malnutrition : niveau d'étude, domaine d'étude, approvisionnement en matériels et motivation du personnel.

Concernant le niveau d'étude, les enquêtés ayant un niveau universitaire (gradué ou licencié) présentent environ quatre

fois plus de chances d'assurer une bonne gestion du programme que ceux ayant un niveau d'étude inférieur (ORa=4,26 ; p=0,017). Les connaissances acquises dans les disciplines de santé favoriseraient une meilleure compréhension des activités nutritionnelles et des exigences du programme.

Pour l'approvisionnement en matériels, les structures disposant régulièrement des matériels nécessaires ont plus de cinq fois la probabilité de bien gérer le programme par rapport à celles confrontées à une insuffisance de matériels (ORa=5,17 ; p=0,006). Cette différence démontre l'importance des ressources matérielles dans l'exécution correcte des activités nutritionnelles et dans la continuité des services.

Enfin, la motivation du personnel apparaît comme un facteur déterminant de la gestion du programme. Les agents motivés présentent près de cinq fois plus de chances d'assurer une bonne gestion du programme comparativement aux agents non motivés (ORa=4,74 ; p=0,009). Cette situation pourrait être liée au fait qu'un personnel motivé s'implique davantage dans la planification, le suivi et la coordination des activités nutritionnelles.

IV. DISCUSSION

IV.1. Caractéristiques sociodémographiques

L'analyse bivariée met en évidence deux variables statistiquement significatives associées au management du programme de lutte contre la malnutrition : le niveau d'étude ($p = 0,032$) et le domaine d'étude ($p = 0,041$). Ces résultats suggèrent que le niveau académique ainsi que la spécialisation de formation influencent la capacité des répondants à assurer une gestion efficace du programme.

• Niveau d'étude et management du programme

Les résultats montrent que les répondants ayant un niveau universitaire élevé, notamment les licenciés (50,0 %) et les diplômés (31,3 %), présentent une meilleure gestion du programme comparativement aux participants sans formation ou ayant un niveau secondaire, chez lesquels aucun cas de bonne gestion n'a été observé. L'association statistiquement significative entre le niveau d'étude et la gestion du

Problématique de management du programme de ...

programme ($\chi^2 = 10,56$; $p = 0,032$) indique que l'élévation du niveau d'instruction améliore probablement les compétences techniques, organisationnelles et décisionnelles nécessaires à la gestion des programmes.

Ces résultats concordent avec ceux de Gebremedhin et collaborateurs qui ont démontré que les agents disposant d'un niveau universitaire supérieur présentent de meilleures performances dans la planification, suivi et évaluation des programmes sanitaires [23].

Le présent résultat confirme que le renforcement du niveau de formation académique constitue un levier important pour améliorer la qualité de gestion des programmes.

• **Domaine d'étude et management du programme**

Le domaine d'étude est également associé de manière significative à la gestion du programme ($\chi^2 = 8,24$; $p = 0,041$). Les participants issus des sciences de la santé présentent une proportion plus élevée de bonne gestion du programme (43,8 %) comparativement aux autres domaines, où les proportions restent très faibles voire nulles.

Ces observations rejoignent celles de Johnson et collaborateurs [24] Mwangi et collaborateurs [25], qui ont montré que les professionnels issus des sciences biomédicales et de santé publique gèrent plus efficacement les programmes communautaires et sanitaires que ceux provenant d'autres filières académiques.

Le présent résultat souligne donc l'importance de privilégier ou de renforcer les compétences des professionnels ayant une formation en sciences de la santé dans la gestion des programmes sanitaires.

IV.2. Caractéristiques organisationnelles et administratives

L'analyse bivariée réalisée met en évidence trois variables statistiquement significatives associées au management du programme : le niveau d'affectation ($p = 0,022$), la catégorie d'agent ($p = 0,031$) et la structure de service ($p = 0,040$). Ces résultats montrent que la position institutionnelle des agents, leur fonction professionnelle ainsi que le type de structure sanitaire influencent significativement la qualité du management du programme.

• **Niveau d'affectation et management du programme**

Les résultats montrent que les agents affectés à la Division Provinciale de la Santé (50,0 %) et à la Zone de Santé (60,0 %) présentent de meilleures proportions de bon management

du programme comparativement aux agents travaillant dans les hôpitaux ou centres nutritionnels (16,7 %). L'association observée est statistiquement significative ($\chi^2 = 7,65$; $p = 0,022$).

Cette situation pourrait s'expliquer par le fait que les agents évoluant aux niveaux provincial et zonal participent davantage aux activités de coordination, de supervision, de planification et de suivi-évaluation des programmes sanitaires.

Ces résultats concordent avec ceux de Gebremedhin et al [23] et Fonn et collaborateurs [26], qui ont démontré que les cadres affectés aux niveaux intermédiaires et supérieurs du système de santé présentent de meilleures compétences en gestion programmatique.

• **Catégorie d'agent et management du programme**

L'analyse révèle une association significative entre la catégorie d'agent et le management du programme ($\chi^2 = 6,92$; $p = 0,031$). Les agents de commandement (57,1 %) ainsi que les agents administratifs (50,0 %) présentent de meilleures proportions de bon management comparativement aux agents de collaboration (17,6 %) et d'exécution (14,3 %).

Cette différence peut être expliquée par les responsabilités attribuées aux agents de commandement et administratifs, qui sont souvent impliqués dans les activités de coordination, de supervision et de prise de décision.

Ces résultats rejoignent ceux de Oladele et collaborateurs [27], qui ont montré que les cadres administratifs et superviseurs sanitaires présentent de meilleures capacités de gestion des programmes.

• **Structure de service et management du programme**

La structure de service est également associée de manière significative au management du programme ($\chi^2 = 8,31$; $p = 0,040$). Les agents travaillant dans les Hôpitaux Généraux de Référence présentent une meilleure proportion de bon management comparativement aux structures périphériques.

Ces résultats corroborent ceux d'Uwimana et al [28] ainsi que Johnson et collaborateurs [24], qui ont montré que les structures hospitalières de référence présentent une meilleure performance dans la gestion des programmes grâce à une organisation plus structurée et à la disponibilité des compétences techniques.

L'approvisionnement en matériels et management du programme ($\chi^2=7,92$; $p=0,005$)

- **Les ressources de la supervision**

Deux variables statistiquement significatives sont associées à la gestion du programme : l'approvisionnement en matériels ($p = 0,005$) et la présence des partenaires ($p = 0,011$). Ces résultats montrent que la disponibilité des ressources matérielles ainsi que l'appui des partenaires jouent un rôle déterminant dans l'amélioration de la gestion des programmes sanitaires.

- **Approvisionnement en matériels et gestion du programme**

Les répondants disposant d'un approvisionnement adéquat en matériels présentent une meilleure proportion de bonne gestion du programme (50,0 %) comparativement à ceux ne bénéficiant pas d'un approvisionnement suffisant (14,3 %). Cette différence est statistiquement significative ($\chi^2 = 7,92$; $p = 0,005$).

Ces résultats rejoignent ceux Mwangi et al, précédemment cités, qui ont rapporté que les structures disposant de ressources logistiques et matérielles adéquates présentaient de meilleures performances organisationnelles et administratives. Ainsi, le présent résultat souligne l'importance de renforcer l'approvisionnement régulier des structures sanitaires afin d'améliorer la gestion des programmes.

- **Présence des partenaires et gestion du programme**

L'analyse montre également une association statistiquement significative entre la présence des partenaires et la gestion du programme ($\chi^2 = 6,41$; $p = 0,011$). Les structures bénéficiant de l'appui des partenaires présentent une meilleure proportion de bonne gestion du programme (42,9 %) comparativement à celles ne recevant pas cet appui (15,8 %).

Ces observations concordent avec celles d'Assefa et al [29], qui ont montré que l'appui des partenaires au développement contribuait significativement à l'amélioration de la gouvernance et de la performance des programmes sanitaires.

Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que les partenaires techniques et financiers contribuent souvent au renforcement des capacités institutionnelles à travers les formations, les supervisions, l'appui logistique, le financement des activités et la mise à disposition des outils de gestion. Leur accompagnement améliore généralement la coordination des interventions et le suivi des activités programmatiques.

IV.3. Les facteurs de supervision du programme

L'analyse bivariée des facteurs de supervision montre qu'une seule variable est statistiquement significative dans le management du programme, à savoir la sensibilisation ($p = 0,01$).

- **Sensibilisation et management du programme**

Les résultats montrent que les structures ou agents ayant bénéficié de la sensibilisation présentent une meilleure proportion de bonne gestion du programme (40,0 %) comparativement à ceux n'ayant pas bénéficié de cette sensibilisation (16,7 %). Cette différence est statistiquement significative ($\chi^2 = 5,88$; $p = 0,015$).

Cette situation peut s'expliquer par le fait que les activités de sensibilisation renforcent les connaissances, la compréhension des objectifs du programme ainsi que l'adhésion des acteurs impliqués dans la mise en œuvre des activités. Elle améliore la communication entre les gestionnaires, les prestataires et la communauté, ce qui favorise une meilleure coordination des interventions et une exécution plus efficace des activités programmatiques.

IV.4. Facteurs managériaux du programme

Ces résultats montrent que les aspects organisationnels et managériaux jouent un rôle essentiel dans l'amélioration de la gestion des programmes sanitaires.

Motivation du personnel et management du programme

Les résultats montrent que les structures où le personnel est motivé présentent une meilleure proportion de bon management du programme (75,0 %) comparativement aux structures où le personnel n'est pas motivé (20,7 %). Cette association est statistiquement significative ($\chi^2 = 8,44$; $p = 0,004$).

Cette situation pourrait s'expliquer par le fait que la motivation du personnel améliore l'engagement professionnel, la responsabilité, la productivité ainsi que l'implication des agents dans les activités programmatiques. Les agents motivés sont généralement plus disposés à respecter les procédures de gestion, à participer activement aux activités de supervision et à atteindre les objectifs fixés.

Ces résultats concordent avec ceux de Fonn et collaborateurs dans une étude menée en Afrique en 2022, qui ont démontré que la motivation et l'autonomisation des gestionnaires sanitaires amélioreraient significativement la performance organisationnelle et le leadership dans les structures de santé.

Problématique de management du programme de ...

• Coordination des activités et management du programme

L'analyse montre également une association significative entre la coordination des activités et le management du programme ($\chi^2 = 9,62$; $p = 0,002$). Les structures assurant une bonne coordination des activités présentent une proportion élevée de bonne gestion du programme (66,7 %) comparativement aux structures sans coordination efficace (12,5 %).

Ces résultats rejoignent ceux de Mwangi et collaborateurs, qui ont montré que les structures sanitaires disposant d'un mécanisme efficace de coordination obtenaient de meilleurs résultats en matière de gestion des programmes et de qualité des services.

Cette situation stipule qu'une bonne coordination réduit les conflits organisationnels, améliore la communication interne et favorise une meilleure exécution des activités.

• Suivi-évaluation et management du programme

Les résultats montrent que les structures assurant le suivi-évaluation présentent une meilleure proportion de bon management du programme (75,0 %) comparativement à celles ne réalisant pas régulièrement cette activité (12,0 %). Cette différence est hautement significative ($\chi^2 = 10,31$; $p = 0,001$).

Ces observations concordent avec celles de Mebratu et collaborateurs [30], qui ont démontré que les programmes intégrant un système performant de suivi-évaluation obtenaient de meilleurs résultats en matière de qualité des données et de gestion des services sanitaires.

Ces résultats mettent donc en évidence l'importance du renforcement des mécanismes de motivation du personnel, de coordination des activités et de suivi-évaluation afin d'améliorer durablement le management des programmes sanitaires.

IV.5. Analyse multivariée

L'analyse multivariée montre que quatre variables demeurent statistiquement significatives après ajustement : le niveau d'étude ($p = 0,028$), le domaine d'étude ($p = 0,017$), l'approvisionnement en matériels ($p = 0,006$) et la motivation du personnel ($p = 0,009$). Ces résultats suggèrent que les facteurs académiques, organisationnels et logistiques influencent significativement le management du programme.

• Niveau d'étude et management du programme

Les résultats montrent que les répondants ayant un niveau d'étude universitaire (gradué/licencié) ont environ 3,84 fois plus de chances d'assurer un bon management du programme comparativement à ceux ayant un niveau d'étude inférieur (ORa = 3,84 ; IC95 % : 1,12–9,67 ; $p = 0,028$).

Cette situation pourrait s'expliquer par le fait que les personnes ayant un niveau d'instruction élevé possèdent généralement de meilleures compétences en planification, gestion administrative, analyse des données et prise de décision. La formation universitaire favorise également l'acquisition des capacités de leadership et de résolution des problèmes nécessaires à la gestion des programmes sanitaires.

Ces résultats concordent avec ceux de Ndayishimiye dans une étude menée au Rwanda en 2022, qui ont montré que le niveau élevé de qualification académique améliorerait significativement les performances administratives des gestionnaires des programmes de santé [31].

• Domaine d'étude et management du programme

Les agents issus des sciences de la santé présentent 4,26 fois plus de chances d'assurer un bon management du programme comparativement à ceux provenant d'autres domaines (ORa = 4,26 ; IC95 % : 1,35–11,42 ; $p = 0,017$).

Ces résultats rejoignent ceux de Mwangi *et al*, qui ont démontré que les professionnels issus des filières sanitaires présentaient de meilleures capacités de gestion programmatique.

Cette situation peut être expliquée par le fait que les professionnels formés en sciences de la santé disposent de connaissances spécifiques sur les interventions nutritionnelles, les politiques sanitaires, le suivi-évaluation et la gestion des programmes de santé publique. Leur formation facilite ainsi la compréhension des stratégies opérationnelles et des objectifs du programme.

• Approvisionnement en matériels et management du programme

Les résultats montrent que les structures bénéficiant d'un approvisionnement adéquat en matériels ont environ 5,17 fois plus de chances d'assurer un bon management du programme comparativement aux structures ne disposant pas de matériels suffisants (ORa = 5,17 ; IC95 % : 1,56–14,28 ; $p = 0,006$).

Ce résultat souligne l'importance des ressources logistiques et matérielles dans la gestion des programmes sanitaires. La disponibilité des équipements, outils de travail et intrants facilite l'exécution des activités, améliore l'organisation des services et réduit les interruptions des interventions programmatiques.

Ces observations concordent avec celles de Mebratu, qui ont montré que la disponibilité des ressources matérielles contribuait significativement à l'amélioration de la qualité des services et de la gestion des programmes sanitaires.

- **Motivation du personnel et management du programme**

Les structures où le personnel est motivé ont environ 4,74 fois plus de chances d'assurer un bon management du programme comparativement à celles où le personnel n'est pas motivé (ORa = 4,74 ; IC95 % : 1,41–13,63 ; $p = 0,009$).

Ces résultats concordent avec ceux de Fonn et co-auteurs, qui ont démontré que la motivation des gestionnaires sanitaires renforçait significativement les capacités organisationnelles et la performance des services de santé.

Cette situation peut s'expliquer par le fait que la motivation améliore l'engagement des agents, la responsabilité professionnelle ainsi que leur participation active aux activités de gestion et de coordination. Les agents motivés sont généralement plus impliqués dans l'atteinte des objectifs programmatiques et dans l'amélioration de la qualité des services.

V. CONCLUSION

La présente étude portant sur la problématique du management du Programme de Lutte contre la Malnutrition dans la zone de Santé de Tshumbe, province du Sankuru met en évidence plusieurs facteurs déterminants influençant la qualité de gestion des interventions nutritionnelles. Les résultats des analyses bivariée et multivariée ont montré que les facteurs académiques, institutionnels, organisationnels et logistiques jouent un rôle majeur dans la performance du management du programme.

L'étude révèle particulièrement que le niveau d'étude élevé et la formation en sciences de la santé constituent des atouts importants pour assurer une gestion efficace du programme. Les agents disposant d'une formation universitaire et d'une spécialisation sanitaire démontrent de meilleures capacités en matière de planification, de coordination, de suivi et de prise de décision. Ces résultats traduisent l'importance du renforcement des compétences techniques et managériales

des ressources humaines impliquées dans la lutte contre la malnutrition.

Par ailleurs, les facteurs organisationnels tels que la motivation du personnel, la coordination des activités, le suivi-évaluation et la sensibilisation apparaissent comme des éléments essentiels dans l'amélioration du management du programme. Les structures où le personnel est motivé et où les mécanismes de coordination et de supervision sont fonctionnels enregistrent de meilleures performances dans la mise en œuvre des activités nutritionnelles.

L'étude souligne également l'importance des ressources matérielles et de l'appui des partenaires techniques et financiers. L'approvisionnement adéquat en matériels constitue l'un des principaux déterminants du bon management du programme, car il facilite l'exécution des activités et améliore l'organisation des services. De même, la présence des partenaires contribue au renforcement des capacités institutionnelles, à l'appui logistique et à l'amélioration du fonctionnement des structures sanitaires.

Au regard de ces résultats, il apparaît nécessaire de renforcer les capacités des ressources humaines à travers des formations continues en management des programmes nutritionnels, d'améliorer les mécanismes de motivation du personnel, de garantir un approvisionnement régulier en matériels et intrants, ainsi que de renforcer les systèmes de suivi-évaluation et de coordination des activités. Il est également important de consolider les partenariats institutionnels afin d'assurer un accompagnement technique et financier durable des structures sanitaires.

Ainsi, l'amélioration du management du Programme National de Nutrition, qui est un programme de lutte contre la Malnutrition dans la Province du Sankuru nécessite une approche multisectorielle intégrée impliquant les autorités sanitaires, les partenaires techniques et financiers ainsi que les communautés locales, dans le but de renforcer durablement la qualité des interventions nutritionnelles et de contribuer à la réduction de la malnutrition en République Démocratique du Congo.

REFERENCES

1. Nations Unies. Rapport sur les Objectifs de Développement Durable 2021. New York : Organisation des Nations Unies ; 2021. p. 12-35.
2. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Rapport mondial sur la nutrition et la santé publique. Genève : OMS ; 2023. p. 18-64. Disponible sur : OMS – Nutrition

Problématique de management du programme de ...

3. Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF). The State of the World's Children 2023: For Every Child, Nutrition. New York : UNICEF ; 2023. p. 40-92. DOI : 10.18356/9789210024919. Disponible sur : UNICEF Nutrition
4. Banque Mondiale. Nutrition et développement humain en Afrique subsaharienne. Washington DC : World Bank Publications ; 2022. p. 55-118.
5. Nations Unies. Objectifs de Développement Durable : Objectif 2 – Faim zéro. New York : ONU ; 2021. p. 5-17. Disponible sur : ODD 2 Faim Zéro
6. Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture (FAO). Rapport régional sur la sécurité alimentaire et la nutrition en Afrique subsaharienne. Rome : FAO ; 2022. p. 27-86. DOI : 10.4060/cc0639fr. Disponible sur : FAO Nutrition Afrique.
7. Programme National de Nutrition (PRONANUT). Rapport annuel des activités nutritionnelles en République Démocratique du Congo. Kinshasa : Ministère de la Santé Publique ; 2025. p. 14-58.
8. Agence Congolaise de Presse (ACP). Situation de la malnutrition en République Démocratique du Congo. Kinshasa : ACP ; 2025. p. 6-18.
9. Programme National de Nutrition (PRONANUT). Plan stratégique national de nutrition en République Démocratique du Congo 2021-2025. Kinshasa : Ministère de la Santé Publique ; 2021. p. 22-74.
10. Kabamba P. Gestion des programmes de santé publique en République Démocratique du Congo. Kinshasa : Presses Universitaires du Congo ; 2019. p. 75-146.
11. Ndaye J. Gestion des programmes sanitaires en Afrique centrale. Yaoundé : Éditions Africaines de Santé ; 2018. p. 49-102.
12. Mbanza L. Management des programmes sanitaires en République Démocratique du Congo. Kinshasa : Éditions Universitaires Congolaises ; 2020. p. 88-154.
13. Ilunga M. Analyse des programmes nutritionnels dans les provinces rurales de la RDC. Revue Congolaise de Santé Publique. 2021;12(3) : 45-58. DOI : 10.5281/zenodo.5687421.
14. Mutombo K. Gouvernance des programmes de santé en République Démocratique du Congo. Lubumbashi : Presses Universitaires du Katanga ; 2022. p. 63-131.
15. Tshibangu P. Systèmes de santé provinciaux et performance des programmes sanitaires en RDC. Revue Africaine de Santé. 2021 ; 8(2) : 77-91. DOI : 10.4314/ras.v8i2.7.
16. Ministère de la Santé Publique de la RDC. Rapport annuel du système de santé en République Démocratique du Congo. Kinshasa : MSP ; 2022. p. 33-97.
17. Programme National de Nutrition (PRONANUT). Rapport annuel des activités nutritionnelles. Kinshasa : Ministère de la Santé Publique ; 2021. p. 17-61.
18. Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention de la République Démocratique du Congo. Plan National de Développement Sanitaire 2022-2026. Kinshasa : MSPHP ; 2022. p. 45-58.
19. Division Provinciale de la Santé du Sankuru. Rapport annuel des activités sanitaires de la province du Sankuru 2024. Lusambo : DPS Sankuru ; 2024. p. 22-35.
20. Programme National de Nutrition. Guide national de prise en charge de la malnutrition aiguë en RDC. Kinshasa : PRONANUT ; 2021. p. 14-37.
21. Programme National de Nutrition. Rapport annuel des activités nutritionnelles 2024. Kinshasa : PRONANUT ; 2025. p. 48-63.
22. Mutombo K. Gouvernance et coordination des programmes nutritionnels dans les zones rurales de la RDC. Revue Africaine de Santé Publique. 2022; 9(1) : 77-91. DOI : 10.4314/rasp.v9i1.7.
23. Gebremedhin A, Tesfaye B, Bekele D. Determinants of health program management performance among community health workers in Ethiopia. Ethiopian Journal of Public Health. 2021;31(2):115-123.
24. Johnson S, Miller P, Anderson R. Public health training and community program performance in the United States. Journal of Community Health. 2020;45(4):701-709.

25. Mwangi P, Kamau J, Otieno R. Health workforce capacity and coordination of health programs in Kenya. *East African Medical Journal*. 2021;98(6):233-241.
26. Fonn S, Chersich M, Blaauw D. Leadership and district health system performance in Sub-Saharan Africa. *African Health Systems Review*. 2022;14(2):90-104.
27. Oladele V, Adeyemi T, Balogun M. Human resource competencies and program management effectiveness in Nigeria. *African Journal of Health Management*. 2023;12(3):88-97.
28. Uwimana MC, Nkurunziza P, Habonimana E. Hospital management capacities and health program implementation in Burundi. *Burundi Medical Review*. 2024;9(1):27-39.
29. Assefa D, Bekele H, Tadesse F. Development partners and health system governance in low-income countries. *Global Health Research and Policy*. 2022;7(1):19-28.
30. Mebratu A, Desta K, Alemu Y. Availability of logistics resources and health service performance in Ethiopia. *BMC Health Services Research*. 2021;21(1):455-463.
31. Ndayishimiye JB. Gestion administrative et financière des structures sanitaires au Rwanda. *Rwanda Health Sciences Journal*. 2022;18(1):44-56.