



**Rapport d'analyse de l'évaluation finale du  
Programme d'appui à la sécurité alimentaire et nutritionnelle, à  
l'agriculture durable et à la résilience (PASANAD) dans le district  
sanitaire de Sindou**

*Réalisée par :*



**Août 2022**

## REMERCIEMENTS

Ce travail a été réalisé sous l'égide de Save the Children, avec l'appui financier de l'Union Européenne (UE). Qu'ils soient vivement remerciés.

Nous exprimons notre reconnaissance à Benoit DELSARTE, Country Director de Save the Children Burkina Faso pour la confiance et l'appui qui nous été accordé dans le processus de la conduite de cette étude.

Nos remerciements les plus sincères vont à l'endroit de Monsieur TALL Ibrahim Coordonnateur du Programme PASANAD pour son soutien.

Nous remercions Monsieur Achille IRIE, Conseiller technique Suivi évaluation, redevabilité et apprentissage à SCI ainsi que M. OUATTARA Hamidou Coordonnateur de l'Initiative Communautaire de Prise en Charge (ICPC) pour leur disponibilité qui nous a été accordée sur toute la durée de l'étude pour sa disponibilité qui nous a été accordée sur toute la durée de l'étude.

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui nous ont accompagnés dans la collecte des données sur le terrain. Il s'agit de:

- ✓ La Directrice régionale de la santé des Cascades ainsi que le médecin chef du district de Sindou ;
- ✓ Les préfets, maires et secrétaires généraux des communes de Sindou, Oueleni, Loumana, Wolonkoto et Kankalaba ;
- ✓ Les Infirmiers Chef de Poste (ICP) Sindou, Oueleni, Loumana, Wolonkoto et Kankalaba;
- ✓ Les agents de Police et de Gendarmerie de Sindou, Oueleni, Loumana, Wolonkoto et Kankalaba ;
- ✓ Les Agents de Santé Communautaire (ASBC) des villages échantillons des communes Sindou, Oueleni, Loumana, Wolonkoto, Kankalaba, Niankorodougou, Douna et Dakoro
- ✓ Les responsables des services techniques de l'agriculture, l'élevage et de l'action sociale;
- ✓ Les personnes ressources des villages échantillons des communes Sindou, Oueleni, Loumana, Wolonkoto et Kankalaba ;
- ✓ Les ménages échantillons des villages échantillons des communes de Sindou, Oueleni, Loumana, Wolonkoto et Kankalaba.

## SIGLES ET ABREVIATIONS

<b>AME</b>	Alimentation du nourrisson et du jeune enfant par les femmes (ANJE)
<b>ANJE</b>	Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
<b>ASBC</b>	Agent de Santé à Base Communautaire
<b>BPH</b>	Bonnes Pratiques d'Hygiène
<b>Covid 19</b>	Corona Virus disease 2019
<b>CSPS</b>	Centre de Santé et de Promotion Sociale
<b>CVD</b>	Conseil Villageois de Développement
<b>DAMF</b>	Diversité Alimentaire Minimale pour les femmes en âge de procréer
<b>DS</b>	District Sanitaire
<b>ECD</b>	Equipe Cadre de District
<b>FEFA</b>	Femmes Enceintes et femmes Allaitantes
<b>GASPA</b>	Groupe d'Apprentissage et de Suivi des Pratiques ANJE
<b>HEA</b>	Household Economy Analysis
<b>HFIAS</b>	Echelle de l'accès déterminant l'insécurité alimentaire des ménages
<b>ICP</b>	Infirmier Chef de Poste
<b>ICPC</b>	Initiative Communautaire de Prise en Charge
<b>MAS/MAM</b>	Malnutrition Aigüe Sévère/Malnutrition Aigüe Modérée
<b>OP</b>	Organisation Paysanne
<b>PASANAD</b>	Programme d'Appui à la Sécurité alimentaire et Nutritionnelle, à l'Agriculture Durable et à la résilience (PASANAD) dans le District Sanitaire de Sindou
<b>PB</b>	Périmètre Brachial
<b>PB</b>	Périmètre Brachial
<b>PCD</b>	Plan Communal de Développement
<b>PCD</b>	Plan Communal de Développement
<b>PISA</b>	Paquet Intégré des Services ANJE
<b>rCSI</b>	Copy Strategy Index
<b>SCI</b>	Save the Children International
<b>SMART</b>	Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transition
<b>TP</b>	Très pauvre
<b>P</b>	Pauvre

## RESUME EXECUTIF

Save the Children est une Organisation Non-Gouvernementale (ONG) fondée le 19 mai 1919 en Angleterre. Depuis 1983, elle intervient au Burkina, dans la promotion et la défense effective des droits de l'enfant dans plusieurs régions dont le Centre, le Centre Nord, le Sahel, les Hauts bassins, les Cascades, la Boucle du Mouhoun.... Avec l'appui financier de l'Union Européenne, l'ONG a obtenu un financier pour mettre en œuvre du Programme d'Appui à la Sécurité alimentaire et Nutritionnelle, à l'Agriculture Durable et à la résilience (PASANAD) dans le District Sanitaire de Sindou. Le projet a pour objectif de « Contribuer à la réduction de la malnutrition chronique au Burkina Faso à travers l'amélioration de l'accès aux services ANJE, à l'alimentation ainsi que le renforcement de la résilience ». Spécifiquement, il vise à contribuer à l'amélioration du taux d'adoption des pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE), de la résilience des ménages pauvres et de la gouvernance en faveur d'une meilleure prise en compte de la nutrition par tous les acteurs dans la province de la Léraba, Région des Cascades au Burkina Faso.

L'objectif de cette étude était de réaliser une évaluation finale du programme dans la zone d'intervention (les communes de Sindou, Kankalaba, Ouéléni, Wolonkoto et Loumana) afin de situer le programme par rapport à l'atteinte de ses objectifs fixés avant l'entame des activités ainsi que les effets et impact du programme sur la vie des bénéficiaires. Rappelons que les trois résultats principaux suivants étaient attendus à la fin du programme ; Résultat 1 : « Les femmes enceintes et les mères d'enfants de 0-23 mois bénéficient de services ANJE de qualité, conformément au Plan Stratégique de l'ANJE » ; Résultat 2 : « Un environnement favorable à la mise en œuvre du PISA est créé au niveau communautaire au profit des enfants de 6 à 23 mois, des mères d'enfants de 0- 23 mois et des femmes enceintes (productions maraichères, élevage de volailles, distribution de cash, de farines enrichies et sachets de micronutriments) » et Résultat 3 : « Les collectivités locales s'investissent dans la gouvernance de la nutrition et la mise en œuvre des actions ».

La méthodologie de conduite de l'étude a consisté à une revue de littérature des différents documents existants et pertinents pour l'étude notamment les deux évaluations précédentes ainsi que les documents de suivi du projet. Ensuite, une enquête ménages a été réalisée avec un échantillon représentatif issu d'un tirage aléatoire à deux degrés avec un niveau de significativité communal. Aussi, des entretiens ont été conduits auprès des services techniques (agriculture, élevage, environnement), des centres de santé, des ASBC et des personnes ressources locales des communautés.

Les résultats obtenus au plan général démontrent que le programme PASANAD a été en droite ligne avec ses résultats attendus. Concernant le résultat 1, on note un niveau de connaissance des pratiques ANJE de l'ordre de 70% à 100% des femmes. Quant aux pratiques elles-mêmes les résultats font état de 53,3% pour la mise au sein précoce, 62,3% pour le don du colostrum, 45,3% d'Allaitement exclusif, 92,6% pour l'introduction d'aliment de complément à partir de 6 mois, 72,2% de poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à 2 ans, 25,2% de diversité alimentaire minimale, 70,9% de fréquence minimum des repas, 23,1% d'Alimentation minimale acceptable.

Ensuite, pour ce qui concerne le résultat 2, l'évaluation finale fait état de 56% des ménages qui ont une consommation alimentaire acceptable (score de consommation alimentaire est supérieur à 35), 82% pour la diversité alimentaire, 23% pour la sécurité alimentaire. Aussi, l'étude a révélé que 7,58% des ménages pratiquent à la fois les cinq moments clés de lavage des mains, 45,92% des femmes ont une diversité alimentaire minimum acceptable. De plus, toutes les activités de CASH associées aux autres activités ont été effectives dans les différentes communes : 17% de ménages ont bénéficiés des activités de Cash+Farine+GASPA, 21% ont reçu du

Cash+Farine+Semence+GASPA, 25% du Cash+Farine+Semence+Volaille+GASPA, 32% du Cash+Farine+Volaille+GASPA.

Enfin, dans le cadre du résultat 3, 92% d'élus locaux ont amélioré leurs connaissances de l'ANJE (ou proportion d'élus locaux qui ont compris l'importance de l'ANJE dans les PCD), l'extrait lié au plaidoyer a été atteint à 80%, les maires des 8 communes et des secrétaires généraux ont eu les compétences renforcées sur la mobilisation de ressources locales, 04 communes sur 08 ont pris en compte la nutrition dans les PCD, 08 comités d'adultes et d'enfants ont été mis en place et formés pour l'analyse budgétaire pour contribuer à améliorer la gouvernance locale et la redevabilité au sein des communes.

Pour ce qui est de la satisfaction des bénéficiaires par rapport à la mise en œuvre du programme (au regard des 06 piliers sur lesquels reposent la méthodologie), la stratégie globale du projet a été jugée participative avec l'implication des différentes parties prenantes constituées par le haut-commissariat, les services techniques de l'agriculture, des ressources animales, de l'action sociale, du district sanitaire, les partenaires opérationnels de mise en œuvre des activités, les autorités locales, les ASBC. Malgré cela, l'ECD évoque les cas de chevauchements de calendrier qui entrave souvent le bon déroulement des activités pendant que certains ASBC souhaitent encore plus d'implication de leur personne dans les activités. Il est également ressorti la mortalité élevée des volailles après la foire (pseudo peste aviaire), l'analphabétisme de certains ASBC, la non adaptation de certaines zones au maraîchage, la non implication des agents de santé dans la supervision des GASPA, la persistance de certaines communautés dans l'incompréhension du choix des bénéficiaires.

## Table des matières

REMERCIEMENTS .....	2
SIGLES ET ABREVIATIONS .....	3
RESUME EXECUTIF .....	4
LISTE DES TABLEAUX.....	8
LISTE DES GRAPHIQUES .....	8
INTRODUCTION.....	10
I. OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	11
II. METHODOLOGIE DE L'ETUDE .....	12
2.1. Rencontre de cadrage .....	12
2.2. Zone de l'étude.....	12
2.3. Collecte des données .....	13
<b>2.3.1. Collecte des données secondaires</b> .....	13
<b>2.3.2. Collecte des données quantitatives au sein des ménages</b> .....	13
<b>2.3.3. Tirage des villages échantillons et des ménages échantillons</b> .....	14
<b>2.3.4. Collecte des données qualitatives auprès de l'ensemble des bénéficiaires</b> .....	15
2.4. Outils de collecte des données .....	16
2.5. Organisation de la collecte .....	16
2.6. Saisie, analyse et interprétation des résultats .....	17
III. ANALYSE DES RESULTATS .....	20
3.1. Caractéristiques socio démographiques des ménages enquêtés .....	20
<b>3.1.1. Type d'activités reçu par les bénéficiaires</b> .....	20
<b>3.1.2. Sexe et âge des chefs de ménages</b> .....	20
<b>3.1.3. Situation matrimoniale des chefs de ménage</b> .....	21
<b>3.1.4. Niveau d'instruction des chefs de ménage</b> .....	22
<b>3.1.5. Taille des ménages enquêtés</b> .....	22
3.2. Caractéristiques socio-économiques des ménages .....	22
<b>3.2.1. Evolution de la catégorie socio-économique des ménages</b> .....	22
<b>3.2.2. Moyens de subsistance</b> .....	23
<b>3.2.3. Pratique du maraîchage</b> .....	25
<b>3.2.4. Dépenses alimentaires et non alimentaires</b> .....	26

<b>3.2.5. Sources de revenu</b> .....	28
<b>3.2.6. Source de nourriture</b> .....	29
3.3. Consommation et diversité alimentaire des ménages .....	30
<b>3.3.1. Consommation alimentaire des ménages</b> .....	30
<b>3.3.2. Diversité alimentaire des ménages</b> .....	31
<b>3.3.3. Sécurité alimentaire des ménages</b> .....	33
<b>3.3.4. Echelle de faim des ménages</b> .....	33
3.4. Stratégies d'adaptation liées au stress alimentaires.....	33
<b>3.4.1. Stratégies d'adaptation liées au stress alimentaire</b> .....	33
<b>3.4.2. Index des stratégies de survie (CSI) simplifié</b> .....	34
<b>3.4.3. Stratégies liées aux moyens d'existence</b> .....	35
3.5. Pratique de l'hygiène et l'assainissement au sein des ménages .....	36
3.6. Diversité alimentaire minimum des femmes en âge de procréer .....	38
3.7. Situation nutritionnelle et sanitaire des enfants de 6-23 mois.....	39
3.8. Connaissances de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant par les femmes (ANJE) .....	39
3.9. Pratiques de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant par les femmes (ANJE).....	40
<b>3.9.1. Mise au sein précoce</b> .....	41
<b>3.9.2. Don du colostrum</b> .....	41
<b>3.9.3. Allaitement exclusif</b> .....	42
<b>3.9.4. Introduction d'aliment de complément à partir de 6 mois</b> .....	43
<b>3.9.5. Allaitement maternel jusqu'à 2 ans</b> .....	43
<b>3.9.6. Diversité alimentaire minimum</b> .....	44
<b>3.9.7. Fréquence minimum des repas</b> .....	45
<b>3.9.8. Alimentation minimum acceptable</b> .....	46
3.10. Vulgarisation des pratiques d'ANJE, alimentation des femmes enceintes ou allaitantes, de promotion de l'hygiène et d'assainissement au sein des ménages par les agents de santé et ceux à base communautaires (ASBC).....	47
3.11. Organisations paysannes .....	50
3.12. Gouvernance locale.....	50
3.13. Analyse des performances globales du projet selon les critères d'évaluation.....	51
3.14. Niveau de satisfaction des bénéficiaires.....	57
3.15. Difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du projet.....	58
3.16. Forces et faiblesses du programme .....	59

3.17. Leçons apprises et bonnes pratiques .....	61
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS .....	63
BIBLIOGRAPHIE .....	67
ANNEXES .....	68

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition de l'échantillon calculé des ménages par commune.....	14
Tableau 2 : Villages échantillons par commune .....	14
Tableau 3 : Répartition des formations sanitaires enquêter par commune .....	15
Tableau 4 : Répartition des ASBC enquêter par commune .....	15
Tableau 5 : répartition des ménages selon les activités reçu par commune et pour l'ensemble. ....	20
Tableau 6 : Répartition des ménages selon la situation matrimoniale des chefs de ménages enquêtés. ....	21
Tableau 7 : Répartition des ménages selon le niveau d'instruction du chef de ménage. ....	22
Tableau 8 : Répartition des ménages selon les catégories socio-économiques .....	23
Tableau 9 : Répartition des ménages selon les sources de revenus .....	29
Tableau 10 : Répartition des ménages selon les sources de nourriture .....	30
Tableau 11 : Évolution de la consommation alimentaire des ménages entre la baseline, la midline et la endline .....	31
Tableau 12 : Répartition des ménages selon l'évolution de la diversité alimentaire.....	31
Tableau 13 : Répartition des ménages selon les groupes d'aliments consommées au cours des trois évaluations.....	32
Tableau 14 : Répartition des ménages par commune selon la situation de sécurité alimentaire pendant les trois évaluations.....	33
Tableau 15 : Répartition des ménages selon le niveau de faim ressentit.....	33
Tableau 16 : Répartition des ménages selon les stratégies alimentaires adoptées. ....	34
Tableau 17 : Index des stratégies de survie (CSI) .....	34
Tableau 18 : Répartition des ménages selon les stratégies liées aux moyens d'existence.....	35
Tableau 19 : répartition des ménages selon les catégories de stratégies adoptées et selon le sexe du chef de ménage.....	36
Tableau 20 : Forces et faiblesses du programme.....	59

## LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Répartition des chefs de ménages enquêtés selon le sexe .....	21
Graphique 2 : Répartition des ménages selon que la volaille constitue un moyen d'existence à la Midline et Endline .....	24
Graphique 3 : la couverture moyenne en mois des besoins céréaliers par commune et pour l'ensemble. .....	24
Graphique 4 : Comparaison Endline, Midline et Baseline, des ménages bénéficiaires du programme qui produisent le maraîchage .....	25
Graphique 5 : répartition des ménages selon les principales difficultés rencontrées dans la pratique du maraîchage.....	26
Graphique 6 : Part des dépenses alimentaires des ménages dans les dépenses totales les 30 derniers avant l'enquête.....	26
Graphique 7 : Part des dépenses alimentaires des ménages dans les dépenses totales les 30 derniers avant l'enquête selon le sexe du chef de ménage .....	27
Graphique 8 : Part des dépenses mensuelles par poste de dépense. ....	28
Graphique 9 : Répartition des ménages selon le niveau de consommation alimentaire .....	30



Graphique 10 : Proportion des ménages dont l'index de stratégie de survie est inférieur ou égal à 10 .	35
Graphique 11 : Proportion de FEFA pratiquant le lavage des mains aux différents moments clés. ....	37
Graphique 12 : proportion de FEFA pratiquant le lavage des mains aux différents moments clés à la endline et midline. ....	38
Graphique 13 : Connaissances des FEFA sur les pratiques ANJE.....	40
Graphique 14 : Pratiques des femmes sur la mise au sein précoce .....	41
Graphique 15 : Pratiques des femmes sur le don du colostrum .....	42
Graphique 16 : Pratiques de l'AME par les femmes.....	42
Graphique 17 : Introduction adéquate d'aliments de complément entre 6 et 8 mois .....	43
Graphique 18 : Poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à 2 ans .....	44
Graphique 19 : Diversité alimentaire minimale .....	45
Graphique 20 : Fréquence minimale de repas.....	46
Graphique 21 : Alimentation minimale acceptable .....	46

## INTRODUCTION

Malgré les efforts consentis par l'Etat et ses partenaires dans la lutte contre la malnutrition, elle continue d'être un problème de santé au Burkina Faso en général et dans la région des cascades en particulier. En effet, selon les résultats de la SMART de 2017, la prévalence de la malnutrition chronique est de 21,2% au niveau national, 30,5% dans la région des Cascades et de 28,2% dans la province de la Léraba. A cela s'ajoute des prévalences des indicateurs de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) qui sont toujours faible dans la région des Cascades avec 53,3% de mise au sein précoce, 62,3% de don du colostrum, 45,3% d'Allaitement exclusif, 92,6% Introduction d'aliment de complément à partir de 6 mois, 72,2% de poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à 2 ans, 25,2 de diversité alimentaire minimale, 70,9% de fréquence minimum des repas, 23,1% d'Alimentation minimale acceptable.

En outre, la sécurité alimentaire des populations est mise en mal par l'effet des aléas climatiques qui inhibent les efforts de renforcement de la résilience des ménages. En effet, selon les résultats définitifs de la campagne agricole 2016-2017, 20,1% des parcelles agricoles de la région des Cascades ont été affectés par la sécheresse augmentant ainsi la situation de précarité alimentaire des ménages., 30,5% des ménages de la région sont en situation de précarité céréalière. Egalement les pratiques d'hygiène observent par les communautés n'améliorent cette situation. Et cela a pour conséquence d'exposer les membres des ménages à des maladies diarrhéiques. Dans de telle situation d'insécurité alimentaire et nutritionnelle, les ménages développent des stratégies d'adaptation qui souvent sont dommageables aux moyens d'existence. C'est dans ce contexte que le Programme d'Appui à la Sécurité alimentaire et Nutritionnelle, à l'Agriculture Durable et à la résilience (PASANAD) dans le District Sanitaire de Sindou a été conçu et mis en œuvre. Il a pour finalité de « contribuer à la réduction de la malnutrition chronique au Burkina Faso à travers l'amélioration de l'accès aux services ANJE, à l'alimentation ainsi que le renforcement de la résilience par des appuis en distribution de cash, de farine et micronutriment, en production maraichère et de volaille ». Spécifiquement, il a pour objectifs de contribuer à l'amélioration du taux d'adoption des pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE), de la résilience des ménages pauvres par des appuis en cash et celles alimentaires et de la gouvernance en faveur d'une meilleure prise en compte de la nutrition par tous les acteurs dans la province de la Léraba, Région des Cascades au Burkina Faso.

Ainsi, au terme de la mise en œuvre du projet, les résultats suivants doivent être obtenus :

**Résultat 1 :** « Les femmes enceintes et les mères d'enfants de 0-23 mois bénéficient de services ANJE de qualité, conformément au Plan Stratégique de l'ANJE ».

**Résultat 2 :** « Un environnement favorable à la mise en œuvre du PISA est créé au niveau communautaire au profit des enfants de 6 à 23 mois, des mères d'enfants de 0- 23 mois et des femmes enceintes (productions maraichères, élevage de volailles, distribution de cash, de farines enrichies et sachets de micronutriment) ».

**Résultat 3 :** « Les collectivités locales s'investissent dans la gouvernance de la nutrition et la mise en œuvre des actions ».

Dans la mise en œuvre du programme Save The Children International a privilégié de travailler avec les partenaires au niveau local. Pour se faire, l'organisation s'est mise en consortium avec l'Initiative Communautaire de Prise en Charge pour la mise en œuvre des activités du résultat 2 du programme. Cette collaboration va permettre à ICPC en tant qu'acteur ayant une bonne expérience en matière de mobilisation communautaire, de mettre en œuvre les activités du résultat 1. Ainsi avec l'accompagnement de SCI dans le cadre du renforcement de leur

compétence, l'ICPC pourra atteindre ce résultat. Cependant, les résultats 2 et 3 sont mis en œuvre aussi par le consortium, ces activités étant interdépendantes et touchant les mêmes bénéficiaires.

## **I. OBJECTIFS DE L'ETUDE**

L'objectif général de cette évaluation est de fournir aux parties prenantes et partenaires du Projet ( i.e. Haut-commissariat, DRS des Cascades, DS de Sindou, DRAAH et DRAH des Cascades, DPAAH et DPAH de la Léraba, Mairies et les OSC, les populations bénéficiaires et à son bailleur l'Union européenne) et les autres partenaires des informations d'appréciation des réalisations du projet, de tirer des enseignements, de capitaliser les bonnes pratiques ainsi que de formuler des recommandations pour l'orientation à prendre pour l'atteinte des résultats attendus et la consolidation et la pérennisation des acquis du projet.

Spécifiquement, l'évaluation vise à :

- Mesurer les progrès accomplis vers les résultats et indicateurs de résultat du projet, tels que décrits dans le Cadre Logique et en comparaison avec les résultats de la Ligne de base et comprenant le niveau d'intégration de l'approche de genre (sensible ou transformative) ;
- Identifier et analyser le degré de satisfaction des diverses parties prenantes du projet et bénéficiaires selon l'efficacité et l'efficience du projet par rapport à ces résultats ;
- Analyser les effets des approches utilisées : « Cash plus for Nut » ; « déviance positive » ; « la participation » par rapport aux appuis en cash des ménages et les activités de nutrition associées et démontrer la situation nutritionnelle des enfants dans ces ménages ayant bénéficiés dans action du programme ;
- Montrer comment les appuis donnés aux ménages très pauvres (Cash, farines, volailles et semences) contribuer à relever leur niveau de résilience ;
- Analyser l'impact des activités de communication pour le changement social et de communication pour le changement de comportement dans les activités GASPA, d'hygiène et de sensibilisation de masse. ;
- Démontrer comment l'action des organisations paysannes (OP) appuyées contribuent-elles à renforcer la sécurité alimentaire dans la province et montrer les aspects de pérennisation déjà mise en place ;
- Identifier les actions réalisées par les communes qui démontrent une bonne gouvernance qui intègre la nutrition ;
- Montrer l'impact du partenariat au niveau de chaque partenaire et les engagements de ces derniers à poursuivre l'action.
- Fournir des constatations, des conclusions et des recommandations claires et réalisables concernant la stratégie du projet afin d'orienter la mise en œuvre future.

Six (06) dimensions ont été retenues pour cette évaluation. Elles regroupent les 06 piliers sur lesquels reposent la méthodologie de mise en œuvre du projet dont l'efficacité et l'efficience devront être évalués.

- Renforcement des capacités
- Approche communautaire
- Renforcement de la résilience de la population
- Approche participative et de coordination

- Sensibilisation et plaidoyer
- Intégration de l'approche genre.

Les questions d'évaluations ont porté sur le niveau d'efficacité et d'efficience atteint du projet et de de façon précise elles sont au nombre de 5 que sont :

- Quel a été l'impact du renforcement des capacités des acteurs professionnels de services de santé sur la qualité des services ANJE offerts ? Comment ces formations ont renforcé les capacités des ASBC dans leurs activités de sensibilisation pour le changement social et de communication pour le changement de comportement ? Quelles recommandations pour plus d'impact ?
- Comment la communauté s'est-elle impliquée la mise en œuvre de ces activités d'éducation nutritionnelles et de résilience ? Comment les approches utilisées telles que le "Cash for Nut" ; la "déviance positive" ont pris en compte la mobilisation communautaire pour produire des résultats probants ? Comment les organisations paysannes ont été impliquées à créer les conditions de leur résilience et celles des ménages pauvres ? Comment améliorer leur action pour une durabilité de l'action ?
- Le projet a-t-elle tenu compte de l'approche genre lors de sa mise en œuvre ? cette approche a-t-elle été pertinente ? les solutions apportées sont-elles permises une prise de conscience des inégalités genre et une meilleure implication des hommes à ces activités communautaires de résilience et d'éducation nutritionnelle ?
- Le processus communautaire de mise en œuvre du projet a-t-il été participatif ? (Qu'est-ce qui a été fait ? Sur quelle base ? Qu'est-ce qui a bien fonctionné ? Pourquoi ? Quels ont été les freins ? Comment les anticiper et y remédier ? Comment peut-on améliorer ce volet du projet ?)
- Quel a été l'impact de la relation partenariale avec chaque collectivité ? Comment le plaidoyer a été organisé de sorte à prioriser la prise en compte de la question de la nutrition dans les plans communaux de développement ? Comment les activités de plaidoyer ont permis aux collectivités de mobiliser des ressources locales pour le financement des projets de nutrition ?

## II. METHODOLOGIE DE L'ETUDE

### 2.1. Rencontre de cadrage

Pour une meilleure réussite de la mission, une rencontre de cadrage a été organisée avec l'équipe du projet PASANAD le 10 mai 2021. Cette rencontre a permis au commanditaire de préciser les exigences de l'étude, d'harmoniser et d'affiner la compréhension de la mission, de clarifier la méthodologie ainsi que le calendrier détaillé de travail. Cette rencontre revêt un caractère important en ce sens qu'elle a aussi permis à l'équipe de Consultants de mieux comprendre la logique du projet et les résultats. Cette rencontre de cadrage a été l'occasion également de recueillir les observations et les suggestions du consortium Save the Children/ICP pour une prise en compte intégrale de ses attentes dans l'étude.

### 2.2. Zone de l'étude

L'étude a été réalisée dans cinq (05) communes du district sanitaire de Sindou. Il s'agit des communes de Sindou, Loumana, Wolonkoto, Oueleni et Kankalaba où se met en œuvre le PASANAD dont un échantillon représentatif de l'ensemble des villages a été ciblé. La méthodologie d'échantillonnage sera décrite au point sur la collecte des données quantitatives. Les bénéficiaires directs du programme sont constituées de 1200 ménages très pauvres. Également l'enquête a été menée dans les communes de Niankorodougou, de Douna et de Dakoro où des activités GASPA ont été mise en œuvre.

## **2.3. Collecte des données**

Deux types de données ont été collectés dans le cadre de cette étude : les données quantitatives et des données qualitatives. La collecte des données quantitatives s'est faite auprès des bénéficiaires directs du projet notamment les ménages bénéficiaires afin de mesurer le niveau d'atteinte des principaux indicateurs socioéconomiques, de sécurité alimentaire et de nutrition. Une seconde collecte de données qualitatives a été réalisée. Elle a concerné outre les ménages bénéficiaires, les organisations paysannes soutenues par le programme, des services techniques de l'action sociale, de l'élevage et de l'agriculture, du district sanitaire (ECD, ICP), les ASBC, le haut-commissaire de la province, les mairies et conseillers municipaux et les responsables de la mise en œuvre du programme au niveau de Save the Children ainsi que du partenaire local de mise en œuvre notamment Initiative Communautaire de Prise en Charge (ICPC) à Banfora. Cette collecte a permis en combinaison avec les données quantitatives, d'évaluer les critères d'évaluation des effets du projet à savoir la pertinence, l'efficacité, l'efficience, ainsi que les forces et les faiblesses du programme, le niveau de satisfaction des bénéficiaires et les leçons apprises et bonnes pratiques.

### **2.3.1. Collecte des données secondaires**

Une collecte de données secondaires pertinentes (rapports d'activité, de formation, la matrice de suivi des indicateurs, rapports PDM semences et volaille, liste des bénéficiaires par type d'activités, rapport de l'opération de ciblage, les rapports de suivis des années 1, 2 et 3 de mise en œuvre du projet, les rapports des études de base et à mi-parcours du projet, les rapports des dernières enquêtes SMART) a été faite par l'équipe des consultants pour compléter les informations reçues avec le commanditaire afin d'affiner l'analyse avec les données primaires qui ont été collectées. Les principales données exploitées de ces rapports sont essentiellement les types d'activités menées par le projet au profit des bénéficiaires et leurs niveaux de réalisations, les niveaux des indicateurs en situation de référence à mi-parcours, les types de catégories socio-économique appuyés par le projet.

### **2.3.2. Collecte des données quantitatives au sein des ménages**

La collecte des données à portée sur le même échantillon de ménage bénéficiaire qui avait été enquêté pendant l'évaluation à mi-parcours. A cet effet, un échantillon représentatif des ménages bénéficiaires selon le genre dans la zone d'intervention a été calculé et la collecte des données a concerné ces ménages échantillonnés. Pour se faire, un sondage à deux degrés a été appliqué. Au premier degré, les unités primaires sont les villages bénéficiaires et au second degré les unités secondaires sont les ménages bénéficiaires du programme. Au premier degré, les unités primaires ont été sélectionnées suivant un tirage aléatoire à probabilité inégale selon la taille en nombre de ménages bénéficiaires. Au second degré, les ménages sont sélectionnés par un tirage aléatoire simple sans remise. La taille de l'échantillon nécessaire pour une enquête est déterminée par ses objectifs. Il faut aussi tenir compte de certains critères principaux comme:

- la précision que l'on souhaite pour les estimations ;
- le niveau de confiance choisi (risque d'erreur de première espèce, souvent fixé à 5%) ;
- les moyens dont on dispose pour conduire l'enquête.

Dans notre cas, comme il s'agit d'une étude pour mesurer les indicateurs d'un projet qui soutient les ménages vulnérables et la plupart des indicateurs étant des proportions, la formule suivante est adaptée pour déterminer la taille de l'échantillon :

$$\sum_1^n n_i * (1 + r) = \sum_1^n \frac{N_i}{(1 + N_i * e)} * (1 + r)$$

Avec e : l'erreur relative ou précision, n : la taille de l'échantillon de l'étude, N : le nombre total des bénéficiaires dans la province et n : la taille de l'échantillon dans la province, Ni : le nombre total des bénéficiaires de la commune i et ni : la taille de l'échantillon de la commune i et e = 10% et r le taux de non réponse, généralement fixé à 5%. L'application de la formule de calcul de l'échantillon d'obtenir l'échantillon à enquêter par commune afin de constituer un échantillon représentatif par commune.

**Tableau 1 : Répartition de l'échantillon calculé des ménages par commune**

Commune	Villages bénéficiaires	Formations sanitaires	Nombre de ménages bénéficiaires	Échantillon ménages	Échantillon enquêté
Kankalaba	8	3	82	50	44
Loumana	20	7	411	85	82
Oueleni	17	5	236	75	65
Sindou	12	4	391	85	97
Wolokonto	4	2	80	50	43
<b>Total</b>	<b>61</b>	<b>21</b>	<b>1200</b>	<b>345</b>	<b>331</b>

### 2.3.3. Tirage des villages échantillons et des ménages échantillons

Pour faciliter les comparaisons avec la Baseline, les villages de la baseline ont été retenus pour l'évaluation à mi-parcours et également pour l'évaluation finale du programme. En rappel, à la baseline, les villages ont été sélectionnés sur la base d'un tirage aléatoire à probabilité inégale. Ainsi, plus le poids du village est important en termes de nombre de bénéficiaire, plus la probabilité qu'il soit tiré est grande. La situation des villages échantillons par commune se présente comme suit :

**Tableau 2 : Villages échantillons par commune**

Commune	Villages	Villages échantillon	Taux de
Kankalaba	8	4	50%
Loumana	20	8	40%
Oueleni	17	6	35%
Sindou	12	6	50%
Wolokonto	4	2	50%
<b>Total</b>	<b>61</b>	<b>26</b>	<b>43%</b>

Concernant le choix des ménages devant être enquêtés dans chaque village, un tirage aléatoire à probabilité égale a été appliqué. Pour se faire, il a été nécessaire de disposer de la liste exhaustive des ménages bénéficiaire pour la constitution de l'échantillon.

## 2.3.4. Collecte des données qualitatives auprès de l'ensemble des bénéficiaires

### 2.3.3.1. Collecte des données qualitatives auprès des ménages bénéficiaires

Cette collecte de données a été faite à travers des focus groupe de discussion auprès d'un échantillon de ménages bénéficiaires par village en tenant compte du paquet d'activité réalisés tant sur le plan nutrition que sécurité alimentaire.

### 2.3.3.2. Collecte des données au niveau des formations sanitaires

Dans la zone d'intervention du programme, il y a 21 formations sanitaires sur les 32 formations du district, plus l'équipe cadre de district notamment le MCD. Quatorze (14) formations sanitaires ont été enquêtées au cours de l'étude. La situation des formations sanitaires se présente comme suit :

Tableau 3 : Répartition des formations sanitaires enquêter par commune

Commune	Formations sanitaires
Equipe cadre de district (ECD)	1
Kankalaba	6
Loumana	4
Oueleni	2
Sindou	1
Wolokonto	1
<b>Total</b>	<b>14</b>

### 2.3.3.3. Collecte des données au niveau des ASBC

Pour les ASBC, l'enquête a concerné les villages échantillons de l'enquête ménage. Ainsi, les ASBC de ces villages ont été enquêtés en focus groupe. Au total, 56 ASBC dont 10 (dix) femmes des 28 villages échantillons ont été enquêtés. La situation se présente comme suit :

Tableau 4 : Répartition des ASBC enquêter par commune

Communes	Villages	Nombre d'ASBC	Villages	ASBC
Kankalaba	8	16	4	8
Loumana	20	40	8	16
Oueleni	17	34	6	12
Sindou	12	30	6	12
Wolokonto	4	4	2	4
<b>Total</b>	<b>61</b>	<b>124</b>	<b>26</b>	<b>52</b>

### 2.3.3.4. Services techniques : agriculture, élevage et action sociale

La collecte des données avec les services techniques a concerné les directions provinciales en charge de l'agriculture, des ressources animales et de l'action sociale au niveau du chef-lieu de la province. Il s'agit des points focaux du programme PASANAD au sein de ces structures que l'enquête a concernées.



### **2.3.3.5. Collecte des données avec les autorités locales : Mairies et personnes ressources**

Cette collecte a concerné toutes les mairies des cinq (05) communes bénéficiaires du programme. Pour les personnes ressources, la collecte a porté sur toutes les personnes ressources des villages échantillons de l'enquête ménage. Un focus groupe a été organisé par village pour la collecte des données qualitatives.

### **2.3.3.6. Organisations paysannes (OP)**

La collecte des données a aussi concerné les 5 OP soutenues par le programme. Les données à collecter ont porté sur les généralités, la pertinence, l'efficacité, l'efficience, les forces et faiblesses, le niveau de satisfaction, les bonnes pratiques, les leçons apprises, durabilité.

## **2.4. Outils de collecte des données**

Plusieurs outils ont été utilisés pour la collecte des données primaires.

- **Un questionnaire ménage** : une fiche ménage a été élaborée pour la collecte des données quantitatives au niveau des ménages afin de cerner les informations sur les caractéristiques socio démographiques et économiques, la pratique de l'élevage et le maraichage, et la sécurité alimentaire, les connaissances et pratiques ANJE, les pratiques d'hygiène et d'assainissement au sein des ménages, Délivrance du paquet intégré d'ANJE aux ménages, les sources de revenus et de nourriture, les stratégies de survie, nombre de repas par jour, la consommation et la diversité alimentaire.;
- **Guide d'entretiens semi structurés au niveau des ménages** : un échantillon de seize villages été constitué pour le focus group pour l'ensemble des communes. Ainsi, 16 focus group ont été réalisés avec les ménages bénéficiaires et ont permis de collecter les informations sur l'appréciation de la qualité des interventions, la pertinence, l'efficacité, l'efficience, les leçons apprises, les forces et les faiblesses, les effets du projet sur la vie des bénéficiaires. En moyenne 6 hommes et 5 femmes ont participé au focus.
- **Fiches d'entretien semis structurées** : des entretiens ont été conduits auprès des responsables des cinq (05) mairies, les (03) trois services techniques (agriculture, élevage et action sociale), les infirmiers chef de poste des 14 formations sanitaires, des focus groupes avec les ASBC, l'Equipe Cadre de District (ECD) et 17 personnes ressources uniquement des hommes. Cette collecte de données a concerné la pertinence, l'efficacité, l'efficience, les forces et faibles du programme, le niveau de satisfaction des résultats du programme, les bonnes pratiques et leçons apprises, les recommandations.

## **2.5. Organisation de la collecte**

Le dispositif de collecte des données a été constitué d'un (01) contrôleurs et de sept (07) agents enquêteurs. Il a été organisé le 04 juin 2022, une session de formation au profit du dispositif de collecte pour leur permettre de maîtriser la méthodologie de collecte. Ces agents ont été recrutés sur la base de leur niveau d'étude, de leur expérience en matière d'enquête similaire et des langues locales parlées et la connaissance des villages concernés par l'étude. Des tablettes ont été utilisées pour la collecte des données au niveau ménage. La supervision a été assurée par les consultants et le bureau d'étude. En termes de répartition des rôles, les enquêteurs ont eu en charge la collecte des données auprès des ménages et des ASBC, des centres de santé, des conseillers municipaux. Par contre, les contrôleurs ont eu en charge les entretiens à réaliser auprès du district sanitaire, des services techniques de l'agriculture, de l'élevage et l'action sociale, des mairies ainsi qu'auprès des OP soutenues dans le programme.



## 2.6. Saisie, analyse et interprétation des résultats

A l'issue de la collecte, une saisie des données a été réalisée sur une grille d'analyse qui a été élaborée pour l'analyse et l'interprétation et la rédaction du rapport surtout pour les données qualitatives collectées avec les services techniques, les centres de santé et les ASBC et les autorités locales. Pour ce qui est de la collecte au niveau des ménages, les données sont extraites des tablettes sous format SPSS pour les analyses. Avant l'analyse un plan détaillé du rapport a été élaboré. Les méthodes d'analyse des données se présentent comme suit :

- ✓ **Connaissance et pratiques de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant** : les données ont été analysées suivant la méthode d'analyse des enquêtes SMART ;
- ✓ **Alimentation des femmes enceintes et allaitantes** : cet indicateur a été analysé à travers la Diversité Alimentaire Minimale pour les femmes (DAMF). Elle permet de rendre compte de l'adéquation du régime alimentaire en micronutriments des femmes en âge de procréer. Sur la base de 10 groupes d'aliments consommés la veille de l'enquête, un score a été calculé et les femmes seront catégorisées en deux groupes : score inférieur à 5 groupes d'aliments est qualifiée de diversité alimentaire faible et score supérieur ou égal à 5 groupes d'aliments est qualifié de diversité acceptable ;
- ✓ **Pratiques d'hygiène et d'assainissement au sein des ménages** : des fréquences simples ont été calculées sur chaque variable pour rendre compte des pratiques d'hygiène et d'assainissement dans les ménages ;
- ✓ **Vulnérabilité économique** : l'analyse est faite sur la base d'un score économique des ménages à travers une analyse multidimensionnelle avec l'analyse en composante principale (ACP). Les variables qui ont été utilisées sont en cohérence avec les critères d'analyse de l'économie des ménages (HEA) pour catégoriser les ménages suivant les catégories socio-économiques définies par cette approche (ménages très pauvres, ménages pauvres, ménages moyens et ménages nantis.). Il s'agit de (i) **Superficies cultivées** : Superficie totale (ha) exploitée, (ii) **Cheptel** : Nombre de Bovins, Nombre de caprins, ovins, asins, porcins, volaille et animaux de traction ; (iii) **Matériels agricoles** : Petit équipement agricole (houe, daba, pioche, etc...), charrue, charrette ; (iv) **Biens productifs** : vélos, motos, tricycle, téléphone mobile, plaques solaires.
- ✓ **Diversité alimentaire des ménages** : elle a été analysée à travers un score de diversité alimentaire calculé sur la base de 12 groupes d'aliments consommés la veille de l'enquête dans les ménages. Les ménages sur la base ce score ont été catégorisés en deux groupes : score inférieur à 4 groupes d'aliments et qualifié de diversité alimentaire faible et score supérieur ou égal à 4 groupes d'aliments et qualifié de diversité alimentaire acceptable,
- ✓ **Consommation alimentaire** : elle est analysée à travers un score de consommation calculé sur la base de 9 groupes d'aliments consommés sur les 7 derniers jours avant la collecte des données au sein des ménages. Le score maximal qu'un ménage peut obtenir est de 112 et signifie que les différents groupes d'aliments ont été consommés tous les jours au cours des sept derniers jours. Les ménages sur la base de ce score ont été catégorisés en trois groupes : (i) consommation alimentaire Pauvre : score variant de 0 à 21, (ii) consommation alimentaire Limite : score variant de 21,5 à 35 et (iii) consommation alimentaire Acceptable : score supérieur à 35.
- **Caractérisation de l'insécurité alimentaire** : elle a été analysée sur la base de l'échelle de l'accès déterminant l'insécurité alimentaire des ménages (HFIAS). Le HFIAS est un

outil qui permet d'analyser si les ménages ont été victimes de difficultés d'accès à alimentaire au cours des 30 jours précédents. La méthode repose sur l'idée que l'expérience de l'insécurité alimentaire provoque des réactions et des réponses prévisibles qui peuvent être mesurées et chiffrées par le biais d'une enquête ; elles peuvent être résumées selon une échelle précise. La méthodologie qualitative a montré que les ménages sont victimes de l'insécurité alimentaire de différentes manières :

- Sentiment d'insécurité ou d'inquiétude à l'égard de la nourriture ;
  - Perceptions que la nourriture est insuffisante du point de vue de la quantité ;
  - Perceptions que la nourriture est insuffisante du point de vue de la qualité ;
  - Mention de la réduction de l'apport alimentaire ;
  - Mention des conséquences de la réduction de l'apport alimentaire ;
  - Sentiment de honte sur le fait de devoir recourir à des moyens socialement inacceptables pour avoir des ressources alimentaires.
- ✓ Une série de questions clés reposant sur ces aspects ont été élaborées pour servir d'indicateur composite pour mesurer le degré d'insécurité alimentaire des ménages et comparer les ménages sur la même échelle continue. L'augmentation de la prévalence de l'insécurité alimentaire mesurée par le HFIAS peut permettre de déceler une insécurité alimentaire saisonnière ou une crise alimentaire imminente et peut être utilisée pour apprécier l'évolution de la sécurité alimentaire avec le temps.
- ✓ **Echelle de faim (HHS) :** l'échelle de faim est un indice de privation alimentaire dans les ménages, issu de la recherche pour adapter le module de l'enquête des États- Unis (U.S.) sur la sécurité alimentaire dans les ménages à une utilisation dans le contexte de pays en développement et de recherche visant à évaluer la validité de l'Indice de l'Accès déterminant l'Insécurité Alimentaire des Ménages (HFIAS) pour un usage interculturel. L'approche utilisée par le HHS est basée sur l'idée que l'expérience de la privation alimentaire dans les ménages provoque des réactions prévisibles qui peuvent être saisies grâce à une enquête et résumées dans un indice. Cette approche, parfois appelée méthode « expérientielle » de collecte des données ou méthode de collecte des données « basée sur la perception », a d'abord été popularisée au milieu des années 1990, lorsque le Ministère Américain de l'Agriculture (USDA) a adopté l'approche de la mesure de routine pour l'insécurité alimentaire dans les ménages aux États-Unis. Depuis lors, l'approche a été adoptée sur une plus grande échelle par d'autres outils de mesure de l'insécurité alimentaire, y compris la HFIAS.
- ✓ **Les stratégies développées par les ménages pour faire face aux chocs/stress, leurs stratégies de survie :** l'Indice des Stratégies d'Adaptation (CSI) a été calculé sur des stratégies d'adaptation réalisées par les ménages au cours des 7 derniers jours avant l'enquête. Les stratégies négatives (vente de champ ou de matériel agricole, de la vente de femelles reproductrices, de l'abandon de champs pour travailler dans le champ d'autrui et la consommation de semences ou la vente des intrants agricoles) ont été analysées.
- ✓ **Part des dépenses alimentaires :** La vulnérabilité économique est mesurée en utilisant l'indicateur 'part des dépenses alimentaires'. Cet indicateur est basé sur le postulat que plus la part du budget consacrée aux aliments a de l'importance au sein du budget d'un ménage (relativement aux autres biens /services consommés), plus le ménage est vulnérable économiquement. L'indicateur « part des dépenses alimentaires » est simplement construit en divisant le total des dépenses alimentaires par le total des

dépenses du ménage. Cependant, le dénominateur et le numérateur doivent inclure la valeur des aliments consommés mais qui n'ont pas été achetés.

- ✓ **Stratégies de survie basée sur les moyens de subsistance** : elle permet de décrire la capacité d'un ménage à faire face aux difficultés. L'indicateur des Stratégies de Survie basées sur les Moyens de Subsistance est calculé à partir d'une série de questions concernant l'expérience des ménages concernant le stress subi par leurs moyens de subsistance dont l'épuisement des avoirs pendant les 30 jours qui ont précédé l'enquête. Les réponses sont utilisées pour comprendre le stress et l'insécurité auxquels font face les ménages et décrit leur capacité de productivité future. Toutes les stratégies sont classées en trois groupes généraux, incluant les stratégies dites de stress, celles dites de crise et celles dites d'urgence que sont : les stratégies de stress, comme emprunter de l'argent ou dépenser son épargne, indiquent une réduction de la capacité à faire face à des chocs dans le futur en raison d'une diminution des ressources ou une augmentation des dettes ; les stratégies de crise, comme la vente de biens productifs, réduisent directement la productivité future, dont la formation du capital humain et les stratégies d'urgence, comme la vente de terrain, affectent la productivité future mais sont plus difficiles à inverser ou sont plus dramatiques.
- ✓ **Organisations paysannes soutenues par le programme** : une analyse quantitative et qualitative a été réalisée pour apprécier la contribution de ces OP à la sécurité alimentaire de la province.
- ✓ **Analyses de l'effet du projet** à travers les critères d'efficacité, d'efficience, de pertinence, de forces et de faiblesses, etc. : elle a été réalisée à partir des données qualitatives et quantitatives collectées.

## 2.7. Considérations éthiques

Bien que n'ayant pas été soumise à un comité d'éthique quelconque, cette étude a respecté les règles éthiques essentielles. Avant toute administration des questionnaires, les chefs de ménage et les femmes en âge de procréer ont été informés des objectifs et des modalités de l'étude et ont donné leur assentiment ou consentement à participer à l'étude. La participation a été libre et volontaire. Aussi, au niveau des entretiens, le consentement de la personne ou du groupe interviewé était demandé avant la collecte des données.

## 2.8. Difficultés rencontrées et limites de l'étude

Quelques difficultés ont été observées durant le processus de réalisation de l'étude. Il s'agit entre autres de :

- L'arrivée tardive des lettres d'accréditation était un handicap pour pouvoir collaborer avec les ICP et leurs adjoints au début de l'enquête.
- Tous les centres de santé n'étaient pas informés de l'étude au début et donc à l'arrivée de l'équipe de collecte il a fallu d'abord prendre du temps pour expliquer l'objet de l'enquête avant de pouvoir collecter les données.
- Les pannes d'engins fréquentes n'avaient pas facilité le travail des enquêteurs sur le terrain.
- L'absence de réseau dans certains villages rendait difficile la communication et la synchronisation des données dans le serveur.
- Beaucoup d'informations étaient demandées ce qui a rendu trop long le questionnaire et du coup beaucoup de travail pour les enquêteurs.

Quelques limites de l'étude ont été également identifiées. Ce sont :

- ✓ Certains indicateurs (fréquence minimum des repas, alimentation minimum acceptable) n'ont pas été représentatifs par commune compte tenu du nombre insuffisant d'enfants obtenus lors de la collecte des données qui ne permettait pas la présentation des résultats par commune ;
- ✓ Les vulgarisations de l'ANJE par les centres de santé et les ASBC ont été analysées essentiellement à travers des données qualitatives (focus groupe).

### III. ANALYSE DES RESULTATS

#### 3.1. Caractéristiques socio démographiques des ménages enquêtés

Cette partie sera consacrée aux caractéristiques des ménages de la zone d'étude en lien avec le sexe du chef de ménage, l'âge, la situation matrimoniale, la taille du ménage et également les actifs au sein des ménages.

##### 3.1.1. Type d'activités reçu par les bénéficiaires

Les principales interventions du projet auprès des bénéficiaires ont porté sur la combinaison des activités suivantes : Cash+Farine+GASPA, Cash+Farine+Semence+GASPA, Cash+Farine+Semence+Volaille+GASPA, Cash+Farine+Volaille+GASPA, GASPA seulement. Parmi les ménages enquêtés, 17% ont bénéficiés des activités de Cash+Farine+GASPA, 21% ont reçu du Cash+Farine+Semence+GASPA, 25% du Cash+Farine+Semence+Volaille+GASPA, 32% du Cash+Farine+Volaille+GASPA et 5% ont reçu uniquement des activités GASPA. Le tableau ci-dessous donne la répartition des ménages selon les activités reçues par commune et pour l'ensemble.

Tableau 5 : répartition des ménages selon les activités reçu par commune et pour l'ensemble.

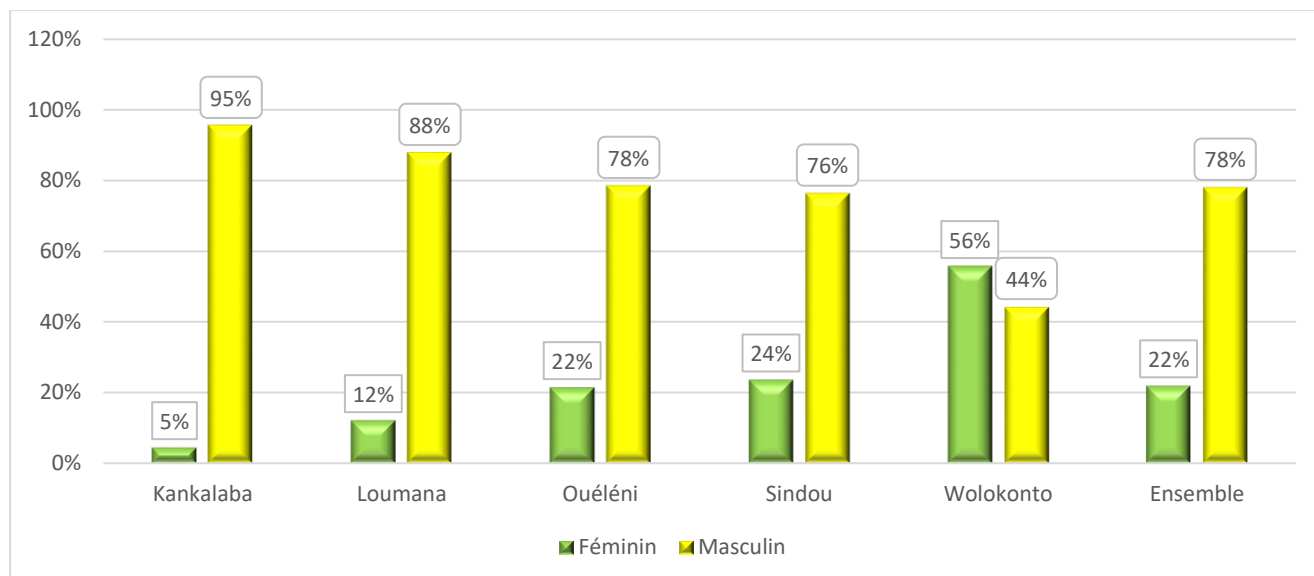
Commune	Cash+Farine+GASPA	Cash+Farine+Semence+GASPA	Cash+Farine+Semence+Volaille+GASPA	Cash+Farine+Volaille+GASPA	GASPA seulement
Kankalaba	2,3%	52,3%	29,5%	15,9%	0,0%
Loumana	14,6%	31,7%	29,3%	7,3%	17,1%
Ouéléni	15,4%	4,6%	43,1%	36,9%	0,0%
Sindou	28,9%	2,1%	12,4%	56,7%	0,0%
Wolokoto	11,6%	32,6%	16,3%	34,9%	4,7%
<b>Total</b>	<b>17%</b>	<b>21%</b>	<b>25%</b>	<b>32%</b>	<b>5%</b>

##### 3.1.2. Sexe et âge des chefs de ménages



Le chef de ménage est la personne qui coordonne les activités de production et d'utilisation des ressources au sein du ménage. Il n'est pas forcément le plus âgé du ménage. Il ressort de l'étude que la grande majorité des ménages enquêtés sont dirigés par des hommes. En effet, 78% des ménages enquêtés sont dirigés par des hommes contre seulement 22% de ménages dirigés par des femmes. Au niveau des communes, celle Wolonkoto

enregistre la proportion la plus importante de chefs de ménage femme (56%) tandis que la proportion la plus faible de chef de ménages femmes (4,5%) se retrouve dans la commune de Kankalaba. Cela pourrait être dû au ciblage qui a visé les ménages très pauvres et pauvres dont les chefs de ménages sont généralement des femmes. Le graphique ci-dessous illustre cette situation.



**Graphique 1 : Répartition des chefs de ménages enquêtés selon le sexe**

L'analyse de l'âge des chefs de ménage indique que l'âge moyen des chefs de ménages est de 53 ans et l'âge médian est de 53 ans. L'âge moyen des chefs de ménages femmes est de 60 ans contre 51 ans pour les chefs de ménages hommes.

### 3.1.3. Situation matrimoniale des chefs de ménage



Dans cette étude une personne est dite mariée si le mariage est reconnu par la coutume (mariage coutumier), par l'administration (mariage civil) ou par la religion (mariage religieux). Les divorcés/séparés désignent les chefs de ménages qui avaient contracté un mariage (civil, religieux ou coutumier) mais ne vivant plus avec les conjoints ou conjointes. Selon ces définitions, il ressort que 82% des chefs de ménages sont mariés comme l'indique le tableau suivant et 15% sont veuf(ve). Les célibataires représentent 1% des ménages enquêtés et les divorcés/séparés 0,6%.

**Tableau 6 : Répartition des ménages selon la situation matrimoniale des chefs de ménages enquêtés**

Commune	Célibataire	Divorcé/séparé	marié(e)	Union libre	Veuf (ve)
Kankalaba	0,0%	2,3%	90,9%	2,3%	4,5%
Loumana	1,2%	0,0%	87,8%	0,0%	11,0%
Ouéléni	0,0%	0,0%	90,8%	0,0%	9,2%
Sindou	1,0%	1,0%	81,4%	1,0%	15,5%
Wolokonto	2,3%	4,7%	51,2%	0,0%	41,9%
<b>Total</b>	<b>0,9%</b>	<b>1,2%</b>	<b>82,2%</b>	<b>0,6%</b>	<b>15,1%</b>

L'analyse de la situation matrimoniale selon le sexe du chef de ménage indique que la majorité des chefs de ménages homme sont mariés (96%) et 1% des veufs. Par contre, la majorité des chefs de ménage femme sont des veuves (63%) et 33% sont mariées.

### 3.1.4. Niveau d'instruction des chefs de ménage



Les résultats indiquent que 63% des chefs de ménages enquêtés n'ont aucun niveau d'instruction (non alphabétisé). Cette situation est beaucoup plus accentuée dans la commune de Wolonkoto où 79% des chefs de ménage sont non alphabétisés. Ceux qui ont atteint le niveau primaire sont de 13%. Le niveau medersa et le secondaire concernent respectivement 7% et 5% des ménages. On note que près de 88% des chefs de ménages femmes sont non alphabétisées. Au regard des résultats, il est important de tenir compte du faible niveau d'instruction des chefs de ménages surtout les femmes dans l'utilisation des outils de sensibilisation sur les thématiques importantes dans le programme notamment l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) réalisé par les ASBC. Pour se faire, durant les animations GASPA des boîtes à image ont été utilisées avec une explication en langue locale afin de permettre aux FEFA de bien intégrer et comprendre les conseils et messages partagés. Le tableau ci-dessous donne la répartition des ménages selon le niveau d'instruction du chef de ménage.

Tableau 7 : Répartition des ménages selon le niveau d'instruction du chef de ménage.

Commune	Alphabétisé	Ecole rurale	Medersa	Non alphabétisé	Primaire	Secondaire
Kankalaba	0,0%	11,4%	2,3%	59,1%	20,5%	6,8%
Loumana	3,7%	1,2%	4,9%	65,9%	18,3%	6,1%
Ouéléni	20,0%	1,5%	1,5%	73,8%	1,5%	1,5%
Sindou	3,1%	9,3%	17,5%	49,5%	14,4%	6,2%
Wolokonto	2,3%	0,0%	2,3%	79,1%	9,3%	7,0%
<b>Total</b>	<b>6,0%</b>	<b>4,8%</b>	<b>7,3%</b>	<b>63,4%</b>	<b>13,0%</b>	<b>5,4%</b>

### 3.1.5. Taille des ménages enquêtés



Il ressort de l'étude que, de façon globale, le nombre moyen de personnes par ménage est de 7(5,6 pour le RGPH 2019 pour la région des cascades) avec une moyenne de 3 hommes et de 4 femmes. Le nombre d'actifs (16 ans et plus) est en moyenne de 4 personnes par ménages. Par ailleurs, en moyenne, chaque ménage a 4 enfants de moins de 5 ans. Aussi, l'analyse de l'âge des femmes enceintes ou allaitantes indique que la proportion des ménages ayant des femmes enceintes ou allaitantes est de 57%. Par contre, celle ayant moins de 18 ans est de 10,6%.

## 3.2. Caractéristiques socio-économiques des ménages

### 3.2.1. Evolution de la catégorie socio-économique des ménages

L'analyse de l'évolution des catégories socioéconomiques a consisté à catégoriser les ménages enquêtés et à faire une comparaison de cette catégorisation à celle faite à l'enquête de base. Pour ce faire, le principe de classification de l'enquête de base a été utilisé. Selon la liste finale des bénéficiaires du programme, 1 053 ménages sur les 1200 sont très pauvres (TP), soit 87,8%



des ménages bénéficiaires. Selon les résultats des analyses des données de l'enquête finale, la proportion des ménages très pauvres est passée de 87,8% à 39,9% entre l'enquête de base et finale. Les pauvres représentent 60,1% des ménages contre 12,3% au début du programme. Le tableau ci-dessous la proportion des ménages par catégories socio-économique et par commune.

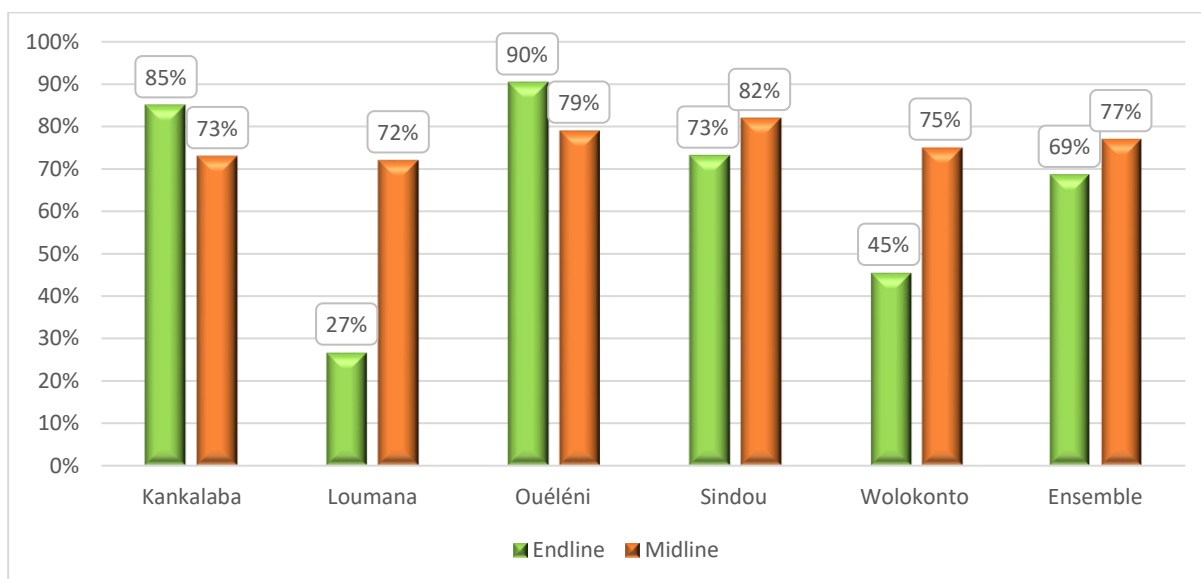
**Tableau 8 : Répartition des ménages selon les catégories socio-économiques**

Commune	Enquête de base		Enquête Mi-parcours		Enquête Finale	
	Très pauvre	Pauvre	Très pauvre	Pauvre	Très pauvre	Pauvre
Kankalaba	75,30%	24,70%	79,10%	20,90%	38,6%	61,4%
Loumana	91,20%	8,80%	86,40%	13,60%	34,1%	65,9%
Ouéléni	85,20%	14,80%	80,00%	20,00%	20,0%	80,0%
Sindou	91,30%	8,70%	89,40%	10,60%	54,6%	45,4%
Wolokonto	72,50%	27,50%	67,60%	32,40%	48,8%	51,2%
<b>Ensemble</b>	<b>87,80%</b>	<b>12,30%</b>	<b>81,20%</b>	<b>18,80%</b>	<b>39,9%</b>	<b>60,1%</b>

### 3.2.2. Moyens de subsistance

Dans la mise en œuvre du programme, 600 ménages ont reçu la volaille. On note que 69% de ces ménages ont déclaré qu'ils ont gardé les animaux comme moyen. Cette proportion atteint 85% à Kankalaba et 90% à Oueleni. La comparaison avec la midline montre que globalement la proportion des ménages bénéficiaires ayant la volaille comme moyen d'existence à baissé par rapport à la Midline qui était de 77%. Cette baisse est expliquée par les maladies dont ont été victimes les volailles qui a entraîné plusieurs mortalités.

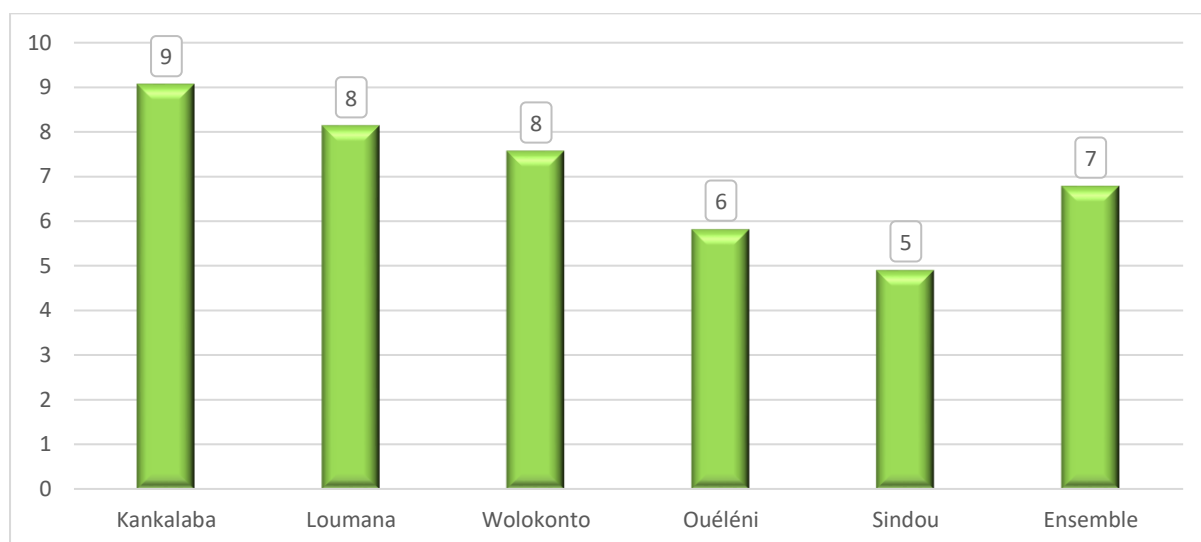
En prenant en compte l'ensemble des ménages bénéficiaires du projet, globalement 57% des ménages ont la volaille comme moyens d'existence. Cette situation est expliquée par le fait que même les ménages bénéficiaires n'ayant pas reçu de la volaille du projet ont réinvesti dans cette activité porteuse grâce aux actions du projet constituant aujourd'hui leur moyens d'existence. On note également que l'effectif moyen de volailles possédés actuellement par les ménages est de 17 têtes. Le graphique ci-dessous donne la répartition des ménages ayant reçu des volailles dont elle constitue l'un de leurs moyens d'existence.



**Graphique 2 : Répartition des ménages selon que la volaille constitue un moyen d'existence à la Midline et Endline**

L'analyse des ménages selon que la volaille constitue un moyen de subsistance selon le sexe du chef de ménage indique que 72% des ménages dirigés par des hommes ont gardé la volaille comme moyen de subsistance contre 58% pour les ménages dirigés par les femmes.

La superficie moyenne cultivée par les ménages lors de la dernière campagne est 2 ha pour les cultures vivrières et 1 ha pour les cultures de rente. En termes de couverture des besoins céréaliers, en moyenne les ménages couvrent 7 mois. Les ménages de la commune de Kankalaba ont la couverture moyenne la plus élevée (9 mois). Le graphique ci-dessous donne la couverture moyenne en mois des besoins céréaliers par commune et pour l'ensemble.



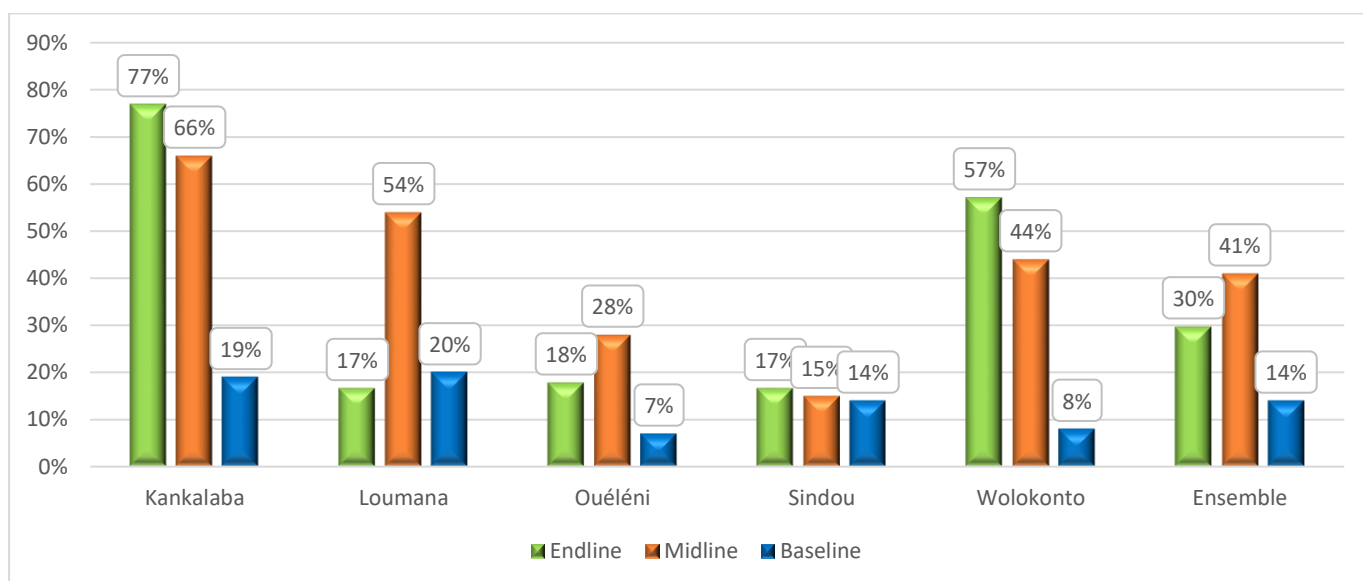
**Graphique 3 : la couverture moyenne en mois des besoins céréaliers par commune et pour l'ensemble.**

Par rapport à la possession de verger, on note que dans la zone d'étude près de 47% des ménages en disposent avec une superficie moyenne de 1 ha. Cette proportion est plus importante dans la commune de Kankalaba (93%).



### 3.2.3. Pratique du maraîchage

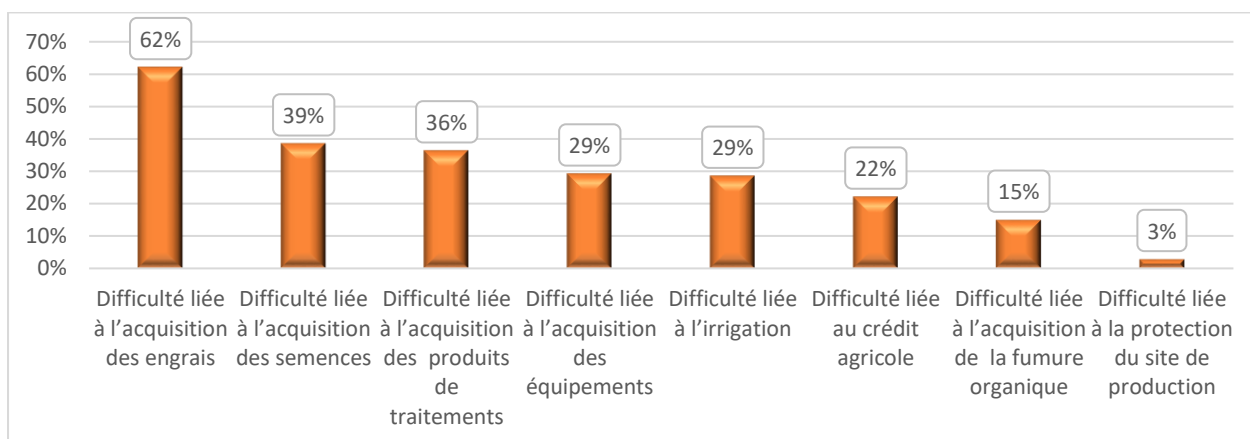
Des semences maraichères ont été distribuées à 600 ménages bénéficiaires du programme pour la production de légumes. Les principales cultures maraichères pratiquées sont entre autres l'aubergines, la tomate, le piment, la patate, l'oignon, le poivron et le concombre. La proportion des ménages bénéficiaires qui pratique la production maraichère est de 30%, contre 41% à la midline et 13,7% à la baseline. On note donc une baisse de la pratique de l'activité par rapport à la situation de la midline. Elle pourrait être expliquée par le déficit pluviométrique enregistré lors de la campagne 2021/2022. Globalement par rapport à la situation de référence, dans toutes les communes, on note une amélioration de la pratique du maraichage par les ménages. Toute chose imputable aux actions du projet au regard des appuis qui ont été apporté en lien avec cette activité. Le graphique ci-dessous illustre cette situation.



**Graphique 4 : Comparaison Endline, Midline et Baseline, des ménages bénéficiaires du programme qui produisent le maraichage**

L'analyse de la pratique du maraichage selon le sexe du chef de ménage indique que 39% des ménages dirigés par les femmes pratiquent le maraichage contre 27% à la midline. La proportion des ménages dirigés par les hommes est de 27% contre 45% à la midline. Les ménages dirigés par les femmes s'adonnent plus aux activités du maraichage que ceux dirigés par les hommes.

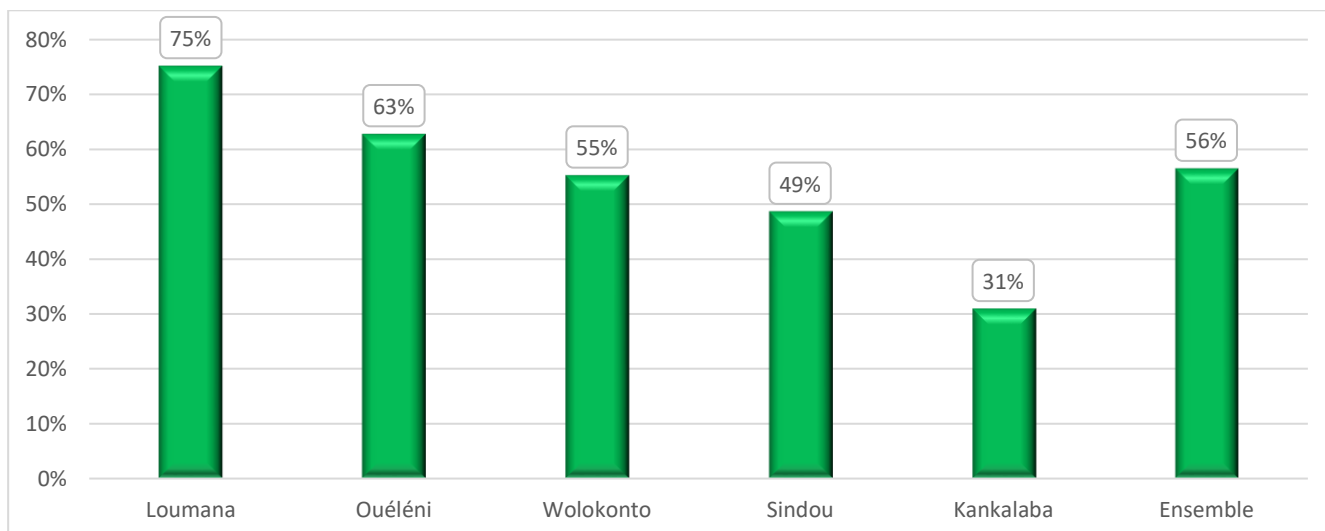
En termes de difficultés rencontrées par les ménages dans la pratique du maraichage, les principales évoquées par les ménages sont les difficultés liées à l'acquisition des engrais, des semences. Ces difficultés ont été levées grâce aux actions du projet qui ont appuyé les bénéficiaires par la dotation de matériels de production maraichères, de semences maraichères et également des renforcements des capacités sur la production de la fumure organique, la fabrication de biopesticides, les techniques de protection artisanale des sites de production. Le graphique ci-dessous donne la répartition des ménages selon les principales difficultés rencontrées dans la pratique du maraichage.



**Graphique 5 : répartition des ménages selon les principales difficultés rencontrées dans la pratique du maraîchage**

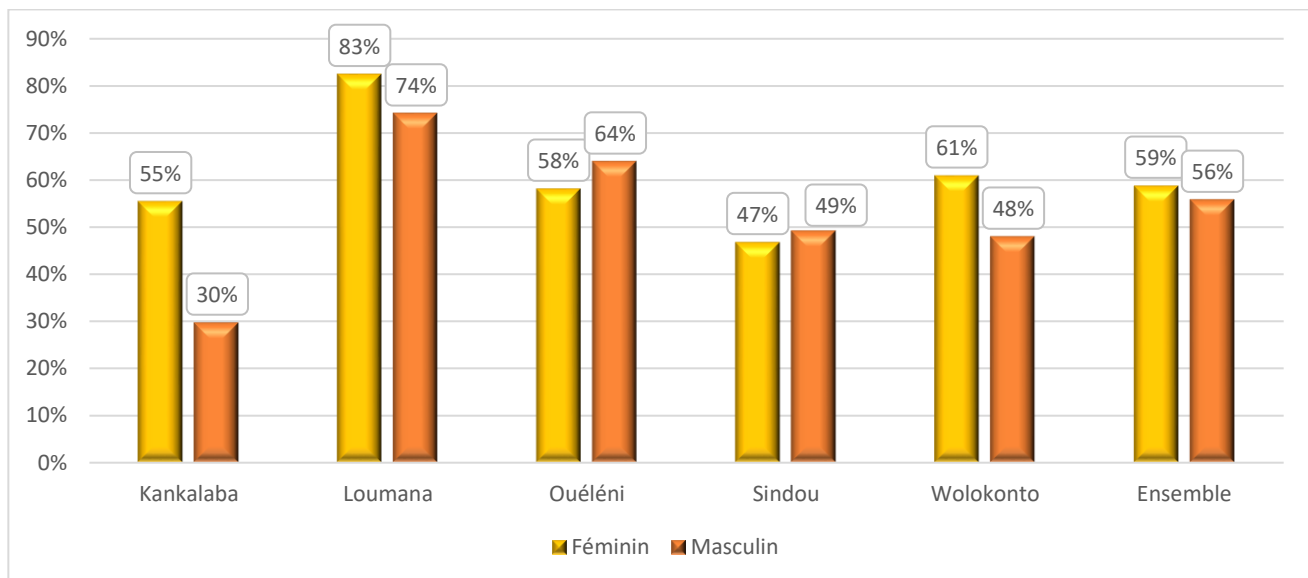
### 3.2.4. Dépenses alimentaires et non alimentaires

Les résultats de l'étude montrent que 56% des dépenses du ménage au cours des 30 derniers jours sont affectés à l'alimentation contre 47% en midline et 61% à la baseline. On note une diminution de la part des dépenses alimentaires par rapport à la situation de référence. Cette situation traduit une amélioration des revenus du ménage et par ricochet des dépenses d'investissement élevé améliorant ainsi leur niveau de richesse. Au niveau des communes, cette proportion est plus importante à Loumana (75%) et plus faible à Kankalaba (31%). Le graphique ci-dessous donne la part des dépenses alimentaires des ménages par commune et pour l'ensemble.



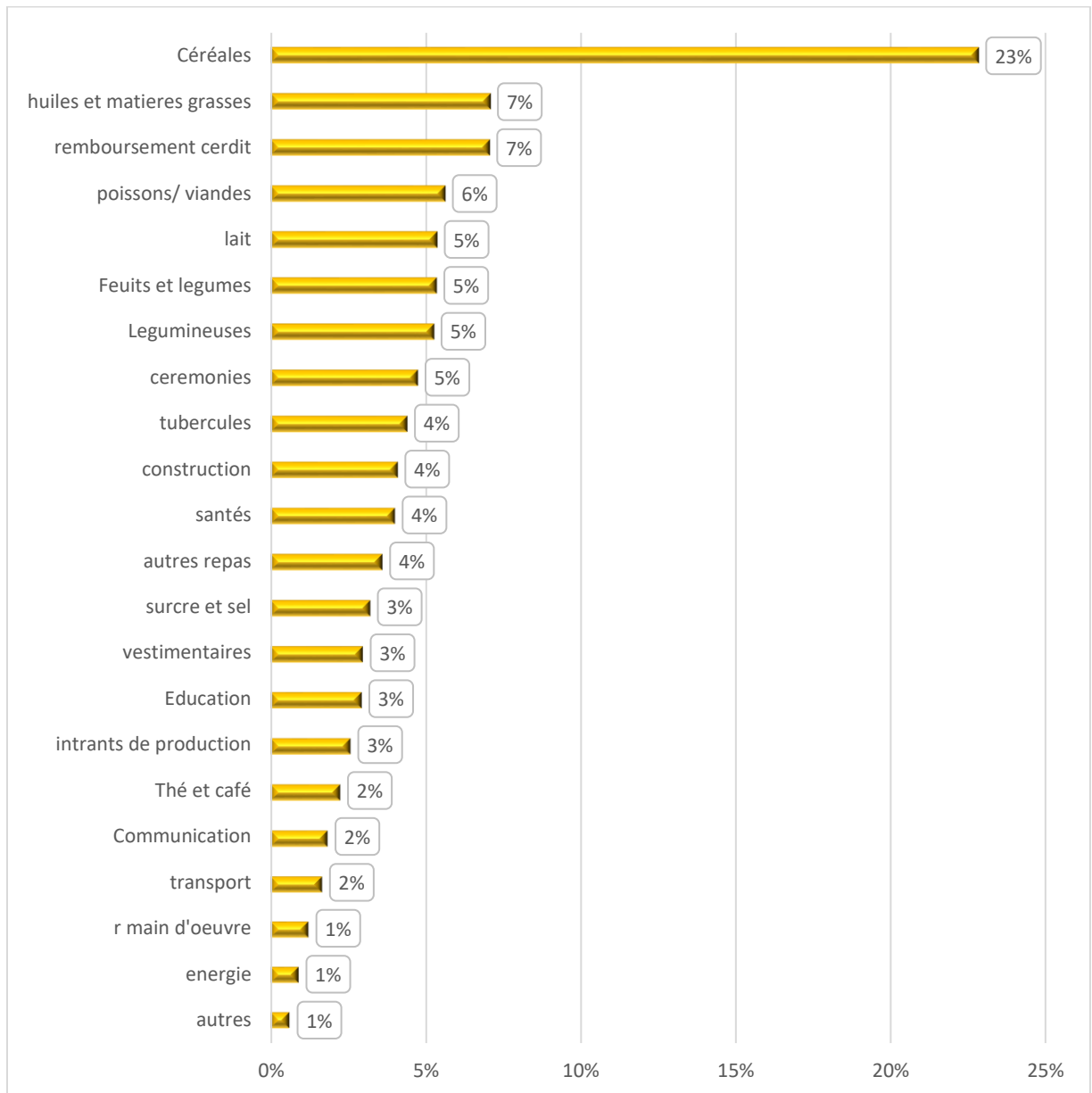
**Graphique 6 : Part des dépenses alimentaires des ménages dans les dépenses totales les 30 derniers jours avant l'enquête**

L'analyse selon le sexe du chef de ménage indique que 59% des dépenses des ménages dirigés par les femmes sont consacrées pour l'alimentation contre 56% pour les ménages dirigés par les hommes. Cette situation indique que les ménages dirigés par les femmes sont plus vulnérables que ceux dirigés par les hommes en milieu rural.



**Graphique 7 : Part des dépenses alimentaires des ménages dans les dépenses totales les 30 derniers avant l'enquête selon le sexe du chef de ménage**

L'analyse par poste de dépenses révèle que les dépenses en céréales occupent environ un quart des dépenses mensuelles totales. Elles sont suivies des dépenses en huiles et matières grasses, des remboursements de dettes qui occupent respectivement 7% des dépenses totales. Les autres postes de dépenses varient entre 1% et de 6% des dépenses totales. Les dépenses d'investissement sont non négligeables. En effet les dépenses en constructions, en santé, en intrants de productions et en éducation occupent respectivement 4%, 4%, 3% et 3% des dépenses totales mensuelles. Le graphique ci-dessous illustre la situation.



Graphique 8 : Part des dépenses mensuelles par poste de dépense.

### 3.2.5. Sources de revenu



Par rapport aux sources de revenu, l'étude révèle qu'elles sont diversifiées et constituent un pilier important dans l'atteinte de la sécurité alimentaire et de la résilience. L'analyse des données montre que l'agriculture et l'élevage constitue les principales sources de revenus de la population de la zone d'étude. En effet, les principaux revenus sont tirés de la vente céréales (17,8% des ménages), de la vente des cultures de rente (coton, arachide, sésame, soja), avec une proportion de 31,4% des ménages qui la pratique, de la vente des produits maraichers (22%), de la vente des produits arboricoles exercée par 18% des ménages et de la vente de la volaille qui constitue une source de revenu pour 46% des ménages. Cette proportion élevée est expliquée par les différents appuis du projet dans le secteur avicole. Également les emprunts (crédit auprès des tiers, des institutions financières) sont pratiqués par au moins un quart (1/4) des ménages. Il sera donc utile de bien encadrer ce domaine afin de faciliter l'investissement agricole des ménages toute chose qui

améliora leurs conditions de vie. Le tableau ci-dessous donne la proportion des ménages par source de revenu et pour l'ensemble.

**Tableau 9 : Répartition des ménages selon les sources de revenus**

Commune	Kankalaba	Loumana	Ouéléni	Sindou	Wolokonto	Total
Vente de céréales	11,4%	26,8%	33,8%	5,2%	11,6%	<b>17,8%</b>
Vente de cultures de rente	54,5%	45,1%	38,5%	10,3%	18,6%	<b>31,4%</b>
Vente des racines et tubercules	11,4%	1,2%	20,0%	4,1%	0,0%	<b>6,9%</b>
Vente de niébé et voandzou	0,0%	2,4%	6,2%	1,0%	2,3%	<b>2,4%</b>
Vente de produits maraichers	52,3%	22,0%	10,8%	12,4%	25,6%	<b>21,5%</b>
Vente de produits forestiers non ligneux	22,7%	1,2%	26,2%	20,6%	16,3%	<b>16,6%</b>
Vente des produits de l'arboriculture	43,2%	0,0%	35,4%	10,3%	20,9%	<b>18,4%</b>
Vente de bétail	4,5%	2,4%	10,8%	6,2%	2,3%	<b>5,4%</b>
Vente des produits d'animaux (œufs,	0,0%	1,2%	13,8%	6,2%	2,3%	<b>5,1%</b>
Vente volaille	59,1%	13,4%	83,1%	55,7%	18,6%	<b>46,2%</b>
Rémunération du travail agricole	6,8%	11,0%	49,2%	10,3%	7,0%	<b>17,2%</b>
Emploi salarié/retraité	2,3%	2,4%	0,0%	5,2%	0,0%	<b>2,4%</b>
Auto-emploi (maçon, menuisier, boucher,	29,5%	20,7%	6,2%	22,7%	9,3%	<b>18,1%</b>
Transport (utilisation de charrette, tri-cycle,	2,3%	0,0%	6,2%	1,0%	0,0%	<b>1,8%</b>
Petit commerce	9,1%	11,0%	21,5%	12,4%	4,7%	<b>12,4%</b>
Collecte de bois/charbon/paille et	2,3%	0,0%	0,0%	2,1%	0,0%	<b>0,9%</b>
Mendicité	0,0%	1,2%	0,0%	0,0%	0,0%	<b>0,3%</b>
<b>D.18. Pêche</b>	0,0%	2,4%	0,0%	1,0%	0,0%	<b>0,9%</b>
Transferts et dons	2,3%	13,4%	1,5%	5,2%	7,0%	<b>6,3%</b>
Emprunts (crédit auprès des tiers, des	9,1%	26,8%	18,5%	47,4%	2,3%	<b>25,7%</b>
Autres (précisez)	0,0%	0,0%	1,5%	4,1%	0,0%	<b>1,5%</b>

### 3.2.6. Source de nourriture

Les principales sources de nourriture des ménages sont essentiellement l'autoproduction et les achats de denrées alimentaires.

On note que 38% des ménages ont comme source de nourriture l'autoproduction agricole et près de 99% des ménages ont comme source de nourriture les achats alimentaires. Cette dépendance élevée du marché est expliquée par la couverture moyenne de la propre production

qui est de 7 mois et aussi le début de la période de soudure. Le tableau ci-dessous donne la proportion des ménages par source de nourriture.

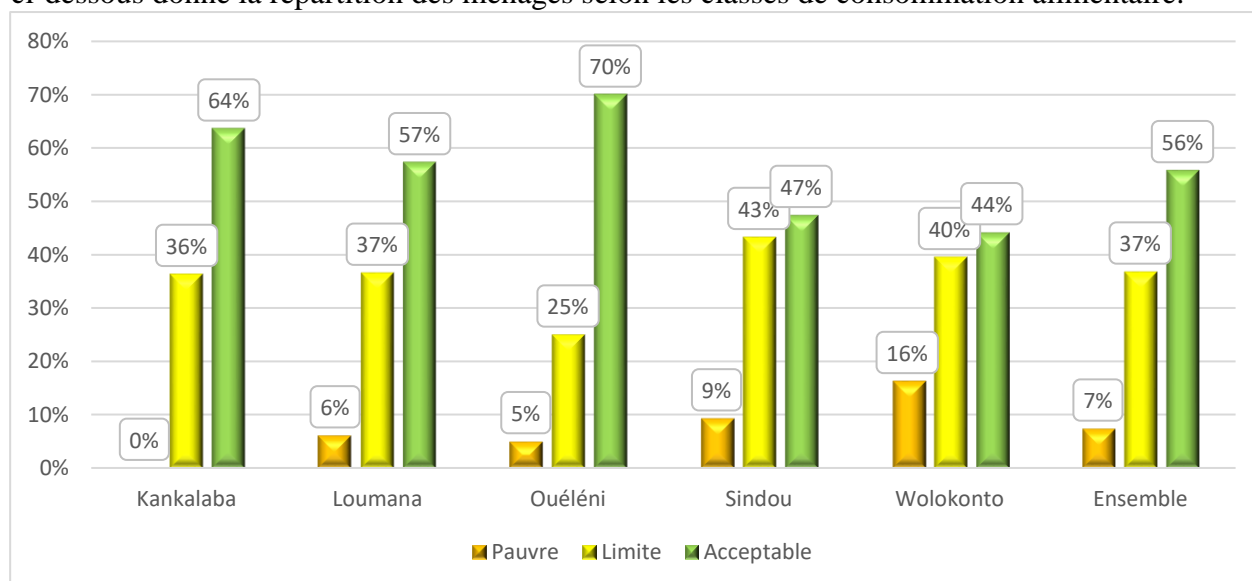
**Tableau 10 : Répartition des ménages selon les sources de nourriture**

Commune	Autoproduction agricole	Autoproduction du bétail élevage	Dons parents amis tiers personnes	Aide alimentaire Action sociale ONGs etc	Emprunts de denrées alimentaires	Achat des denrées alimentaires
Kankalaba	75,0%	13,6%	4,5%	0,0%	0,0%	100,0%
Loumana	57,3%	1,2%	1,2%	0,0%	0,0%	100,0%
Ouéléni	35,4%	4,6%	13,8%	7,7%	6,2%	96,9%
Sindou	7,2%	0,0%	1,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Wolokonto	39,5%	2,3%	9,3%	0,0%	0,0%	100,0%
Ensemble	38,4%	3,3%	5,1%	1,5%	1,2%	99,4%

### 3.3. Consommation et diversité alimentaire des ménages

#### 3.3.1. Consommation alimentaire des ménages

Plus de la moitié des ménages (56%) ont une consommation alimentaire acceptable (c'est-à-dire que le score de consommation alimentaire est supérieur à 35). Les ménages ayant une consommation alimentaire limite (c'est-à-dire que le score de consommation est supérieur à 21 et inférieur ou égal à 35) représentent 37%. La consommation faible (c'est-à-dire que le score de consommation est inférieur ou égal à 21) concerne seulement 7% des ménages. Le graphique ci-dessous donne la répartition des ménages selon les classes de consommation alimentaire.



**Graphique 9 : Répartition des ménages selon le niveau de consommation alimentaire**

L'analyse comparative des résultats avec la situation de la midline et la baseline indique que la consommation des ménages s'est légèrement améliorée. En effet, la proportion des ménages ayant une consommation pauvre a baissé d'un point par rapport aux deux évaluations précédentes. Globalement la proportion des ménages ayant une consommation alimentaire limite et acceptable a également augmenté d'un point par rapport à la situation de baseline et de midline. Cette quasi stabilité de la proportion des ménages ayant une consommation alimentaire

acceptable est liée aux habitudes alimentaires des ménages. A cela s'ajoute la flambée des prix sur les marchés et la dépendance élevée des ménages aux marchés.

**Tableau 11 : Évolution de la consommation alimentaire des ménages entre la baseline, la midline et la endline**

Communes	Enquête de baseline			Enquête midline			Enquête endline		
	Pauvre	Limite	Acceptable	Pauvre	Limite	Acceptable	Pauvre	Limite	Acceptable
Kankalaba	15,00%	47,50%	37,50%	1,60%	19,40%	79,00%	0,00%	36,36%	63,64%
Loumana	5,40%	15,10%	79,60%	10,20%	61,20%	28,60%	6,10%	36,59%	57,32%
Oueleni	5,00%	32,50%	62,50%	8,80%	26,30%	64,90%	5,00%	25,00%	70,00%
Sindou	11,50%	33,30%	55,10%	12,70%	38,10%	49,20%	9,28%	43,30%	47,42%
Wolonkoto	4,80%	14,50%	80,70%	6,80%	40,90%	52,30%	16,28%	39,53%	44,19%
<b>Total</b>	<b>8,20%</b>	<b>28,00%</b>	<b>63,80%</b>	<b>8,00%</b>	<b>36,00%</b>	<b>56,00%</b>	<b>7,36%</b>	<b>36,81%</b>	<b>55,83%</b>

### 3.3.2. Diversité alimentaire des ménages

Au niveau de la diversité alimentaire, on note que le score moyen est de 5 groupes d'aliments. Ainsi, la diversité alimentaire est globalement acceptable dans la zone d'intervention du programme et près de 82% des ménages sont dans cette situation c'est-à-dire ayant un score de diversité alimentaire supérieur ou égal à 4 groupes d'aliments. Cette tendance est observée dans toutes les communes.

L'analyse comparative des résultats avec ceux de la baseline indique une amélioration de la diversité alimentaire des ménages. En effet, la proportion des ménages ayant une diversité alimentaire acceptable est passée de 79,5% à la baseline à 82% à la endline mais est en légère dégradation par rapport à la situation de midline expliquée d'une part par la période de collecte (début de soudure) et d'autre part par la saisonnalité en termes de disponibilité de certains produits et la hausse généralisée des prix des produits alimentaires. Le tableau ci-dessous donne l'évolution du score moyen de diversité alimentaire ainsi que la proportion des ménages selon le niveau de diversité alimentaire.

**Tableau 12 : Répartition des ménages selon l'évolution de la diversité alimentaire**

Commune	Enquête de baseline			Enquête midline			Enquête endline		
	Moyenne	Diversité faible	Diversité acceptable	Moyenne	Diversité faible	Diversité acceptable	Moyenne	Diversité faible	Diversité acceptable
Kankalaba	5	37,5%	62,5%	7	1,60%	98,40%	6	0,0%	100,0%
Loumana	6	5,3%	94,7%	5	20,40%	79,60%	5	3,7%	96,3%
Oueleni	5	26,7%	73,3%	5	8,80%	91,20%	4	35,0%	65,0%
Sindou	5	28,0%	72,0%	5	15,90%	84,10%	5	28,9%	71,1%
Wolonkoto	7	4,8%	95,2%	6	9,10%	90,90%	4	16,3%	83,7%
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>20,5%</b>	<b>79,5%</b>	<b>6</b>	<b>10,90%</b>	<b>89,10%</b>	<b>5</b>	<b>18,1%</b>	<b>81,9%</b>

L'analyse des groupes d'aliments consommés par les ménages montre une dominance de la consommation des céréales (98%), des condiments (81%), d'huile/graisse (73%), du sucre/miel (72%), des fruits (47%), des légumes (37%), du poisson et crustacés (46,5%). Les groupes d'aliments faiblement consommés sont les racines et tubercules (4,9%), laits et produits laitiers (9,8%), les œufs (4%). Il est à noter que malgré la diversité alimentaire acceptable, certains

groupes d'aliments sont consommés par une faible proportion des ménages. Ces faibles proportions s'expliqueraient par le fait que les communes de Loumana, Wolonkoto et Sindou n'ont pas une culture de consommation de tubercule. Les productions qui sont faite sont plutôt pour les marchés intérieures et ceux des pays frontaliers. Comme action, le projet à proposer l'insertion de la patate douce à chaire orange (PDCO) dans la production des communes de Loumana et Wolonkoto pour la consommation. En outre, les ménages préfèrent utiliser les œufs pour l'élevage ou les vendre directement plutôt que de les consommer. Des sensibilisations sont donc nécessaire à faire afin d'améliorer la consommation de ces groupes d'aliments sous consommées mais très capital pour l'état nutritionnel surtout des enfants.

Comparativement à la baseline et à la midline, on observe un maintien de la dominance de la consommation des céréales, des condiments, les légumes, l'huile/graisse, du sucre/miel et des fruits. Cela est conforme aux habitudes alimentaires de la zone et du pays. Le tableau ci-dessous donne la répartition des ménages selon les groupes d'aliments consommées au cours des trois évaluations.

**Tableau 13 : Répartition des ménages selon les groupes d'aliments consommées au cours des trois évaluations.**

	Kankalaba			Loumana			Ouéléni			Sindou			Wolokonto			Ensemble		
	Base line	Mid line	End line	Bas eline	Mid line	En dline	Bas eline	Midl ine	Endl ine	Base line	Midl ine	Endl ine	Base line	Midl ine	Endl ine	Base line	Midl ine	End line
<b>Céréales</b>	98%	88%	100%	97%	90%	99%	93%	95%	97%	91%	87%	98%	96%	96%	98%	93%	93%	98%
<b>Racines et tubercules</b>	11%	34%	7%	29%	27%	0%	38%	2%	15%	16%	27%	4%	24%	21%	0%	28%	17%	5%
<b>Légumineuses</b>	36%	32%	39%	31%	18%	1%	40%	16%	25%	26%	29%	7%	60%	30%	26%	37%	26%	16%
<b>Légumes</b>	100%	41%	41%	51%	100%	34%	46%	100%	15%	47%	100%	55%	75%	100%	28%	52%	100%	37%
<b>Fruits</b>	29%	22%	73%	23%	25%	38%	20%	7%	38%	12%	18%	56%	23%	5%	33%	20%	17%	47%
<b>Lait et produits laitiers</b>	26%	25%	11%	22%	13%	2%	21%	11%	27%	19%	15%	8%	23%	12%	2%	22%	16%	10%
<b>Poissons et crustacés</b>	55%	23%	16%	68%	38%	39%	30%	43%	17%	29%	40%	25%	69%	57%	19%	44%	47%	25%
<b>Viande</b>	15%	9%	5%	39%	25%	17%	23%	4%	18%	12%	7%	5%	13%	11%	2%	20%	12%	10%
<b>Œufs</b>	2%	13%	7%	4%	8%	2%	11%	0%	8%	7%	11%	2%	7%	2%	2%	8%	5%	4%
<b>Sucre/miel</b>	92%	66%	96%	90%	54%	84%	66%	77%	48%	66%	58%	62%	96%	57%	79%	77%	69%	72%
<b>Huile/graisse</b>	97%	40%	93%	81%	45%	98%	50%	77%	52%	54%	62%	52%	88%	68%	81%	62%	71%	73%
<b>Divers (sels, condiments)</b>	100%	90%	64%	99%	100%	100%	74%	100%	55%	93%	100%	95%	98%	100%	67%	91%	100%	81%



### 3.3.3. Sécurité alimentaire des ménages

La caractérisation de la sécurité alimentaire a été faite à partir de l'échelle d'insécurité alimentaire déterminant l'accès (HFIAS). Globalement, dans la zone d'étude, on note que 23% sont en sécurité alimentaire contre 66,4% des ménages en midline et 26% des ménages à la baseline. Cela indique une dégradation de la situation alimentaire expliquée par le déficit céréalier constaté lors de la dernière campagne agricole, la hausse exceptionnelle des prix des denrées de base, la période de soudure ainsi que la conjoncture internationale. Quant à l'insécurité alimentaire modérée et sévère, elles touchent respectivement 32% et 35% des ménages. Cette situation également s'est dégradé par rapport à la baseline et à la midline.

**Tableau 14 : Répartition des ménages par commune selon la situation de sécurité alimentaire pendant les trois évaluations**

Communes	Sécurité alimentaire			légère insécurité alimentaire			Insécurité alimentaire modérée			Insécurité alimentaire sévère		
	Baseline	Midline	Endline	Baseline	Midline	Endline	Baseline	Midline	Endline	Baseline	Midline	Endline
Kankalaba	18,20%	63,60%	63,6%	35,20%	16,70%	0,0%	2,30%	4,50%	31,8%	44,30%	15,20%	4,5%
Loumana	31,90%	75,30%	36,6%	60,60%	3,70%	23,2%	1,10%	12,30%	22,0%	6,40%	8,60%	18,3%
Oueleni	35,60%	53,30%	0,0%	47,80%	8,30%	16,9%	3,30%	16,70%	46,2%	13,30%	21,70%	36,9%
Sindou	20,40%	64,70%	6,2%	44,10%	9,40%	3,1%	6,50%	10,60%	36,1%	29,00%	15,30%	54,6%
Wolonkoto	23,80%	72,10%	25,6%	61,90%	7,40%	0,0%	2,40%	8,80%	23,3%	11,90%	11,80%	51,2%
<b>Total</b>	<b>26,10%</b>	<b>66,40%</b>	<b>22,7%</b>	<b>49,90%</b>	<b>8,90%</b>	<b>10,0%</b>	<b>3,10%</b>	<b>10,60%</b>	<b>32,3%</b>	<b>20,90%</b>	<b>14,20%</b>	<b>35,0%</b>

### 3.3.4. Echelle de faim des ménages

L'analyse de l'indice de privation alimentaire basée sur la perception de la faim montre que la faim sévère n'est ressentie que dans 1,8% des ménages. Près 66% des ménages n'ont pas ressenti la faim sur la période de référence. La faim sévère touche plus les ménages dirigés par les femmes (4%) contre seulement 1% des ménages dirigés par les hommes. Le tableau ci-dessous donne la répartition des ménages selon le niveau de faim ressentit.

**Tableau 15 : Répartition des ménages selon le niveau de faim ressentit**

Commune	Pas de faim	Faim modérée	Faim sévère
Kankalaba	95,5%	4,5%	0,0%
Loumana	81,7%	18,3%	0,0%
Ouéléni	63,1%	36,9%	0,0%
Sindou	47,4%	48,5%	4,1%
Wolokonto	51,2%	44,2%	4,7%
<b>Ensemble</b>	<b>65,9%</b>	<b>32,3%</b>	<b>1,8%</b>

## 3.4. Stratégies d'adaptation liées au stress alimentaires

### 3.4.1. Stratégies d'adaptation liées au stress alimentaire

Les résultats de l'étude montrent qu'environ un ménage sur cinq a recouru à des aliments moins appréciés et moins chers, à limiter la taille des parts pendant les repas, a réduit la consommation

des adultes pour nourrir les enfants et diminuer le nombre de repas par jour pour faire face au manque de nourriture et de ressources pour en acheter. Le tableau ci-dessous donne la répartition des ménages selon les stratégies alimentaires adoptées.

**Tableau 16 : Répartition des ménages selon les stratégies alimentaires adoptées.**

Commune	Recourir à des aliments moins appréciés et moins chers	Emprunter des vivres ou solliciter l'aide d'un ami ou d'un parent	Limiter la taille des parts pendant les repas	Réduire la consommation des adultes pour nourrir les enfants	Diminuer le nombre de repas par jour
<b>Kankalaba</b>	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
<b>Loumana</b>	14,6%	12,2%	13,4%	11,0%	13,4%
<b>Ouéléni</b>	1,5%	1,5%	1,5%	1,5%	1,5%
<b>Sindou</b>	45,4%	34,0%	49,5%	51,5%	49,5%
<b>Wolokonto</b>	14,0%	11,6%	16,3%	16,3%	14,0%
<b>Total</b>	<b>19,0%</b>	<b>14,8%</b>	<b>20,2%</b>	<b>20,2%</b>	<b>19,9%</b>

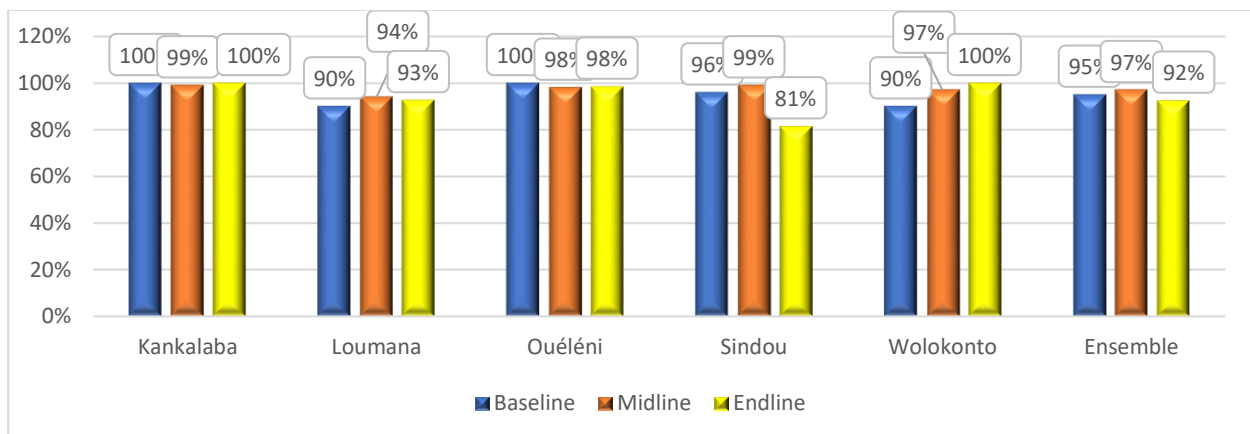
### 3.4.2. Index des stratégies de survie (CSI) simplifié

Le score de l'indice des stratégies de survie (CSI) moyen est de 2,72. Comparativement à la midline, les ménages adoptent plus de stratégie afin de combler les gaps alimentaires. Le score moyen est plus élevé dans la commune Sindou (6,87). Les ménages de cette commune ont éprouvé plus de stress alimentaire comparativement aux ménages des autres communes comme en témoigne aussi le score de consommation alimentaire au niveau « acceptable » qui a baissé. La commune a été celle qui a eu le plus grand nombre de ménage en situation d'insécurité alimentaire sévère avec un taux de 54,6%. Le tableau ci-dessous illustre la situation.

**Tableau 17 : Index des stratégies de survie (CSI)**

Commune	CSI Moyen	
	Midline	Endline
Kankalaba	0,24	0,00
Loumana	1,74	1,88
Oueleni	0,47	0,48
Sindou	0,59	6,87
Wolokonto	0,82	1,16
<b>Total</b>	<b>0,81</b>	<b>2,72</b>

La proportion des ménages ayant un CSI inférieur ou égal à 10 est de 92% pour l'ensemble des communes de la zone d'intervention du projet contre 97,2% et 95,2% à la baseline et à la midline respectivement. Le graphique ci-dessous la proportion des ménages dont l'index de stratégie de survie est inférieur ou égal à 10.



**Graphique 10 : Proportion des ménages dont l'index de stratégie de survie est inférieur ou égal à 10**

### 3.4.3. Stratégies liées aux moyens d'existence

L'analyse de l'indicateur des stratégies de survie basées sur les moyens de subsistance révèle qu'environ 62% des ménages n'ont pas adopté de stratégies dommageables de leur moyen d'existence. On note seulement que 16% des ménages ont adopté des stratégies de stress à savoir la vente des actifs/biens non productifs du ménage (radio, meuble, réfrigérateur, télévision, bijoux etc, la vente de plus d'animaux (non-productifs) que d'habitude, dépense de l'épargne, emprunt d'argent ou nourriture. Les stratégies de crise ont beaucoup plus été adoptées par les ménages (19% des ménages) que sont la réduction des dépenses non alimentaires essentielles telles que l'éducation, la santé (dont de médicaments), la vente des biens productifs. Seulement 4% des ménages ont adopté des stratégies d'urgence (vente de la maison ou du terrain, mendicité, vente des derniers animaux femelles). L'analyse selon le sexe du chef de ménage fait ressortir que les ménages dirigés par les femmes ont adopté plus de stratégies de crise (27%) contre 17% pour les ménages dirigés par les hommes. Le tableau ci-dessous donne la répartition des ménages selon les stratégies liées aux moyens d'existence.

**Tableau 18 : Répartition des ménages selon les stratégies liées aux moyens d'existence.**

Commune	Pas de stratégies	Stratégies de Stress	Stratégies de Crise	Stratégies d'Urgence
<b>Kankalaba</b>	75%	0%	25%	0%
<b>Loumana</b>	62%	30%	5%	2%
<b>Ouéléni</b>	77%	12%	6%	5%
<b>Sindou</b>	47%	16%	30%	6%
<b>Wolokonto</b>	56%	7%	35%	2%
<b>Ensemble</b>	<b>62%</b>	<b>16%</b>	<b>19%</b>	<b>4%</b>

L'analyse selon le sexe du chef de ménage, montre que les ménages dirigés par les femmes ont plus adopté de stratégies que ceux des hommes. En effet 52% des ménages dirigés par les femmes n'ont pas adopté de stratégies contre 64% des ménages dirigés par les hommes. Les stratégies les plus adoptées par les ménages dirigés par les femmes sont celles de crise (27%) contre environ 17% des ménages dirigés par les hommes. Le tableau ci-dessous donne la

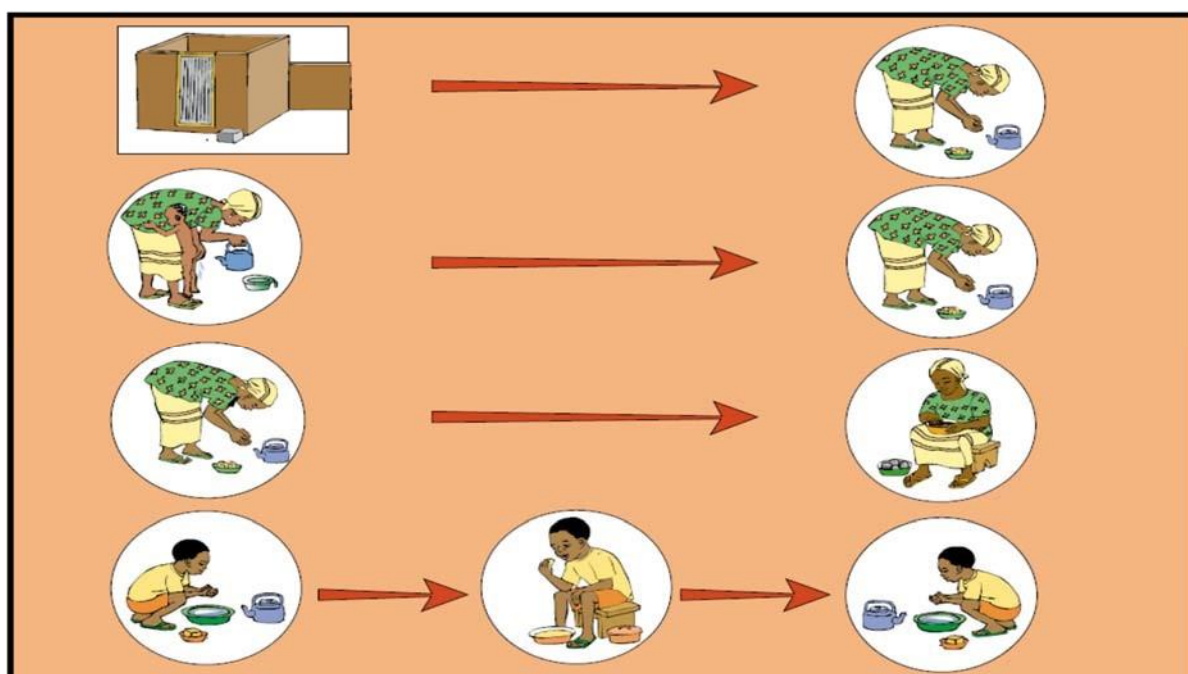
répartition des ménages selon les catégories de stratégies adoptées et selon le sexe du chef de ménage.

**Tableau 19 : répartition des ménages selon les catégories de stratégies adoptées et selon le sexe du chef de ménage**

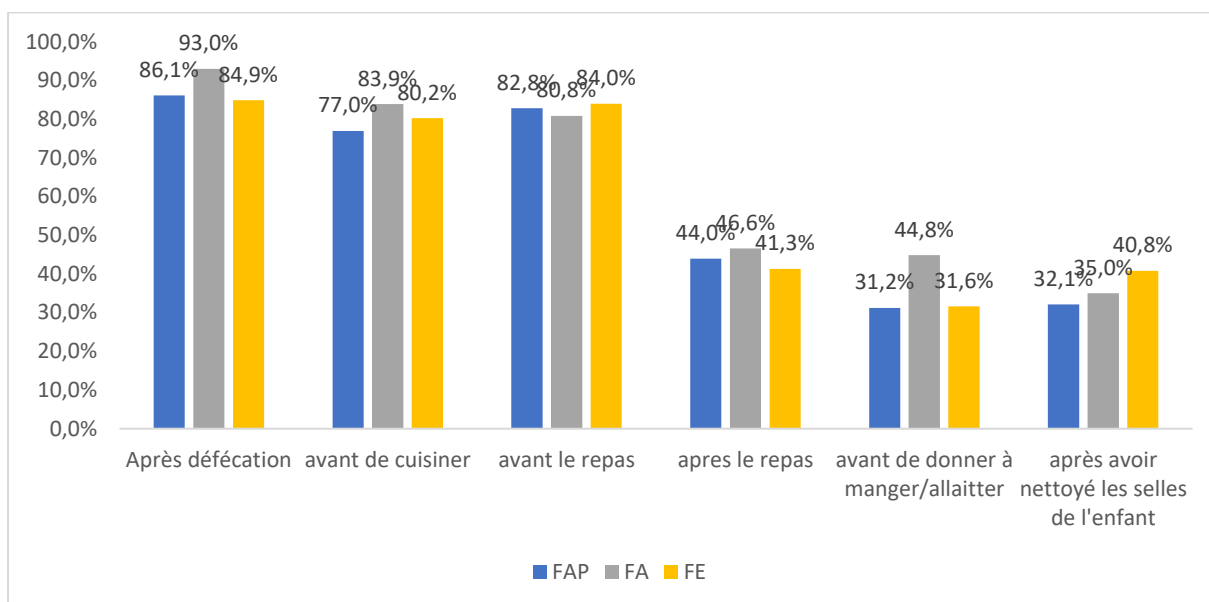
Commune	Féminin				Masculin			
	Pas de stratégies	Stratégies de Stress	Stratégies de Crise	Stratégies d'Urgence	Pas de stratégies	Stratégies de Stress	Stratégies de Crise	Stratégies d'Urgence
Kankalaba	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	73,8%	0,0%	26,2%	0,0%
Loumana	40,0%	40,0%	20,0%	0,0%	65,3%	29,2%	2,8%	2,8%
Ouéléni	85,7%	14,3%	0,0%	0,0%	74,5%	11,8%	7,8%	5,9%
Sindou	34,8%	21,7%	34,8%	8,7%	51,4%	14,9%	28,4%	5,4%
Wolokonto	50,0%	4,2%	41,7%	4,2%	63,2%	10,5%	26,3%	0,0%
Ensemble	52,1%	16,4%	27,4%	4,1%	64,3%	15,5%	16,7%	3,5%

### 3.5. Pratique de l'hygiène et l'assainissement au sein des ménages

La pratique d'hygiène est une condition indispensable pour l'amélioration et le maintien d'un bon état nutritionnel au sein des ménages particulièrement pour les groupes vulnérables que sont les enfants de moins de cinq (05) ans, les femmes enceintes et les femmes allaitantes (FEFA). Cette étude s'intéresse aux moments clés de lavage des mains selon les termes de références (% de FEFA qui pratiquent les bonnes pratiques d'hygiène (lavage des mains)) comme indiqué dans la figure ci-dessous :

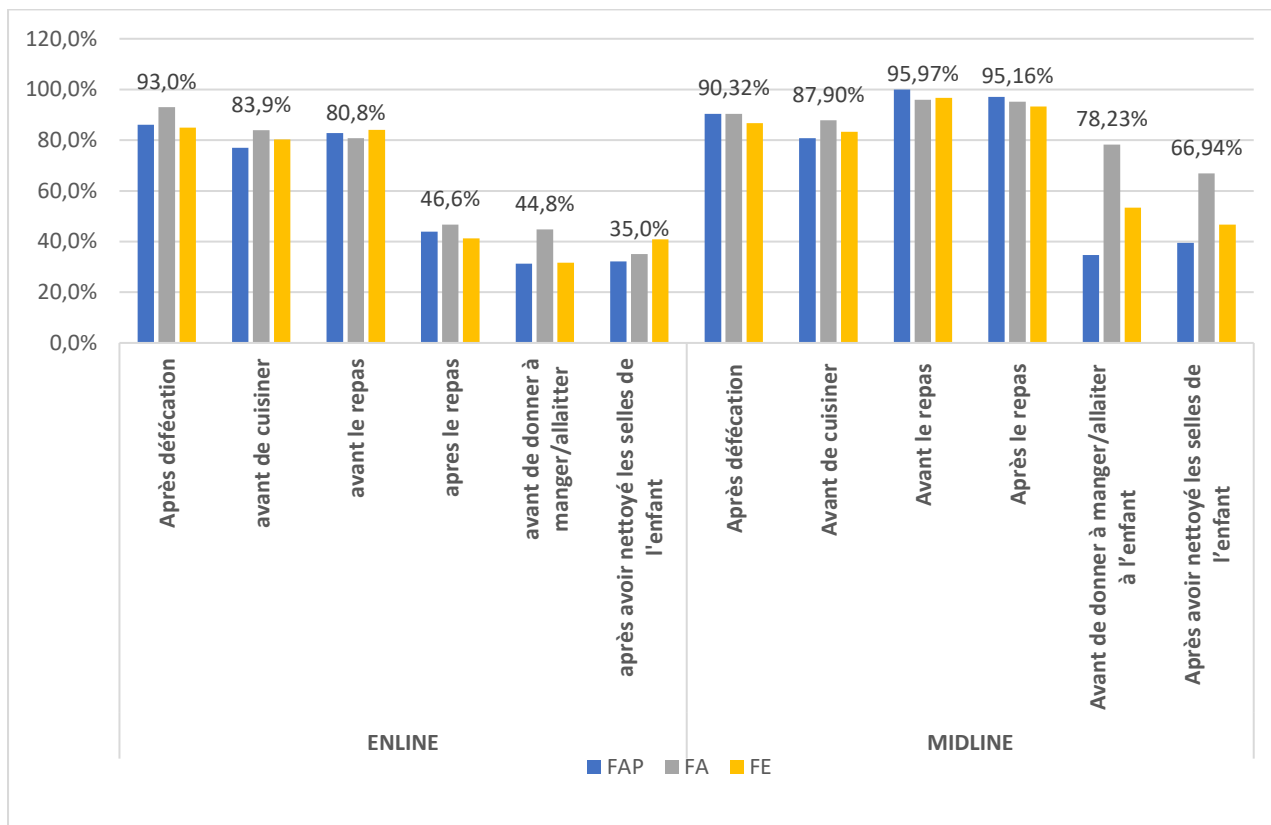


Le graphique suivant nous présente la proportion de FEFA pratiquant le lavage des mains aux différents moments clés.



**Graphique 11 : Proportion de FEFA pratiquant le lavage des mains aux différents moments clés.**

L'étude a révélé que 7,58% des ménages pratiquent à la fois les cinq moments clés de lavage des mains, en baisse drastique par rapport à la midline qui était de l'ordre de 40%. Cela pourrait s'expliquer par la période hivernale où la plupart des ménages sont dans les champs, limitant ainsi les bonnes pratiques d'hygiène. Par ailleurs, 68,40% de ménages disposent de dispositifs de lavage de mains et 86,5 % des FEFA utilisent de l'eau et du savon pour se laver les mains mais de façon courante, 62,9% se lavent régulièrement les mains au savon (Bonne pratiques d'hygiène) une baisse d'environ 20% par rapport à la midline qui pourrait être attribuable au séjour dans les champs. Ces résultats restent importants malgré la fin du programme (fin des formations et sensibilisations sur les Bonnes Pratiques d'Hygiène BPH).



Graphique 12 : proportion de FEFA pratiquant le lavage des mains aux différents moments clés à la endline et midline.

Pour la prévention contre la Covid 19 par les mesures barrières 80,4% des FEFA ont cité « Se laver les mains au savon ou désinfecter avec du gel hydro alcoolique » comme mesure barrières contre la Covid 19, contre 87,33% lors de la midline. La poursuite des actions de sensibilisations demeure nécessaire pour préserver les acquis dans ce domaine.

### 3.6. Diversité alimentaire minimum des femmes en âge de procréer

L'alimentation des femmes enceintes ou allaitantes constitue un de moyen efficace qui permet de briser le cycle intergénérationnel de la malnutrition. En effet, une femme malnutrie est prédisposée à mettre au monde un enfant de faible poids à la naissance. La diversité alimentaire minimale chez les FAP est la proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans y compris les FEFA qui ont consommé au moins 5 groupes d'aliments distincts. L'analyse des données indique que 45,92% des femmes enquêtées ont une diversité alimentaire minimum acceptable contre 55% à la baseline et (57,5%) à la midline. Cette situation pourrait s'expliquer entres autres par l'arrêt des sensibilisations sur les pratiques alimentaires au sein des ménages. En effet, les femmes avaient coutume de prioriser l'alimentation des enfants et de leur mari au détriment des leurs. Aussi, on note l'existence des interdits alimentaires pour les FE/FA. On peut citer la viande de porc, de singe, sésame, crocodile, oignon blanc, niébé, petit poids, alloc, le miel, feuille de baobab. A cela s'ajoute la difficulté d'accès aux aliments du fait de la flambée des prix et de la saisonnalité des produits. Notons par ailleurs que 38% des ménages ont usée de stratégie d'adaptation liée aux moyens d'existences afin de s'alimenter ce qui pourrait expliquer ce faible taux.

### 3.7. Situation nutritionnelle et sanitaire des enfants de 6-23 mois

Au Burkina Faso, la situation nutritionnelle est marquée par une persistance des trois types de malnutrition (aigüe, chronique et insuffisance pondérale) ainsi que des carences en micronutriments. La tendance qui était à la baisse de 2009 à 2019 a connu un léger revirement de situation. En effet, de 2009 à 2019, la prévalence de la malnutrition aiguë est passée de 11,3% à 8,1%, celle de la malnutrition chronique de 35,1 à 25,4% et celle de l'insuffisance pondérale de 26% en 2009 à 17,3% chez les enfants de moins de 5 ans. Cependant en 2020, les prévalences de la malnutrition aiguë, de la malnutrition chronique et de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans étaient respectivement de 9,1%, 24,9% et 17,6% (MS ; ENN 2021)

10,8 (7,7-15,0) (25,2-37,6) En ce qui concerne la région des cascades en 2021 selon l'enquête SMART, les prévalences de malnutrition aiguë sévère et modérée étaient respectivement de 1.4% (contre 1,3% en 2019) et 7.3% contre (6,8% en 2019). Pour la Léraba nous avons pour la malnutrition aiguë modérée 6,3 % et 0,7 % pour la malnutrition aiguë sévère.

Les prévalences de la malnutrition aiguë sévère et modérée sont données pour la région dans le tableau ci-dessous :

Tableau 19 : Répartition de la malnutrition aiguë dans les Cascades en 2021

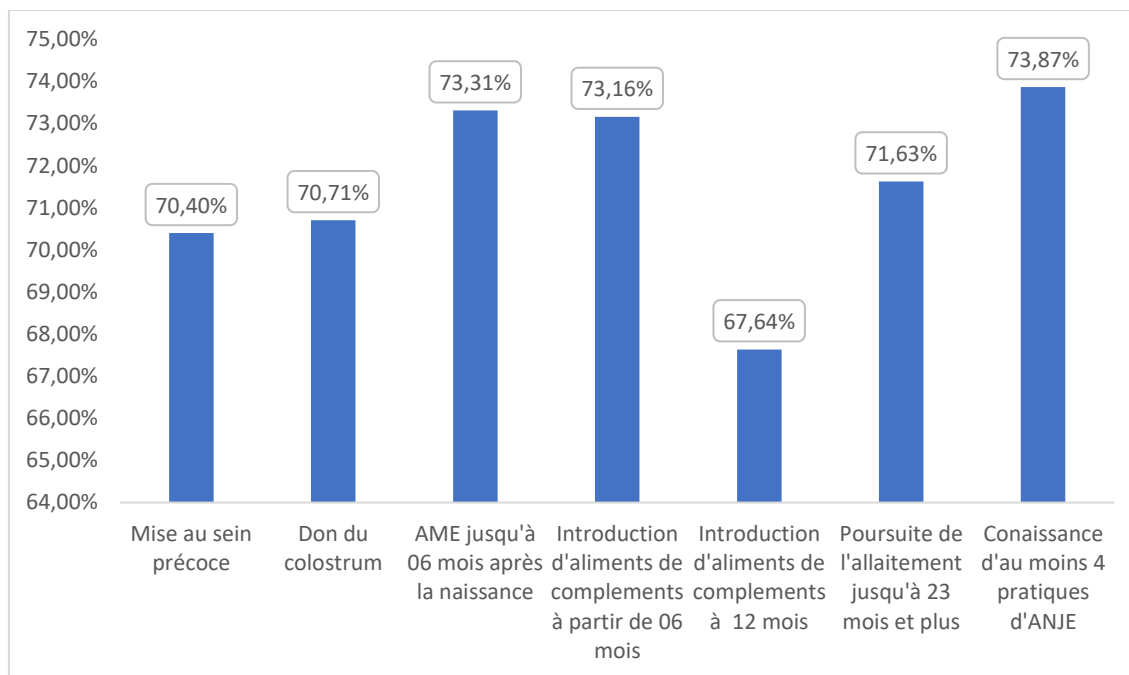
Indices	MALNUTRITION AIGÜE (Poids/Taille z-score) Chez les enfants de 6-59 mois		
	Effectif	Z-score <-3 et/ou œdèmes % (IC95)	Z-score <-2 et/ou œdèmes % (IC95)
National	11942	0.8 [0.6-1.1]	9.7 [8.9-10.5]
Cascades	688	1.4 [0.7-2.8]	7.3 [5.2-10.0]
Comoé	325	1.5 [0.7-3.4]	7.5 [5.1-11.0]
Léraba	363	0.7 [0.2-2.7]	6.3 [4.5-8.7]

En définitive il faut noter que la malnutrition chronique a globalement diminué depuis 2016 à 2021 dans la région des cascades, partant de 31,1 % (dont 10,8% pour la partie sévère) en 2016 à 25,7% (dont 7,2% pour la partie sévère) en 2021. Quant à la province de la Léraba les valeurs font état de, 26,9% (dont 10,6% pour la partie sévère) en 2021. La précision en 2016 n'ayant pas permis d'avoir des taux au niveau provincial nous déduisons que la valeur pour la Léraba à cette époque était de 31,1 %.

### 3.8. Connaissances de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant par les femmes (ANJE)

L'intervention du programme PASANAD a permis la mise en place des GASPA dans les villages d'intervention. Ainsi, les ASBC avaient pour mission de sensibiliser les FEFA sur les bonnes pratiques ANJE. Cette étude finale a permis d'évaluer les connaissances des femmes sur l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune enfant présentées dans la figure suivante :





**Graphique 13 : Connaissances des FEFA sur les pratiques ANJE**

De l'analyse du graphique, il ressort que 70,4 % des femmes enquêtées connaissent la mise au sein précoce contre 100% à la midline. Quant au don du colostrum, premier vaccin du nouveau-né, 70,71 des femmes le mentionnent et 73,31% connaissent l'âge idéale de l'AME (jusqu'à 06 mois après la naissance) contre 94% à la midline.

Pour ce qui concerne l'introduction d'aliments de complément, 73,16 % des FEFA savent qu'à partir de 6 mois, le lait maternel seul ne suffit plus pour les besoins de l'enfant et qu'il faut de ce fait introduire l'alimentation de complément (bouillies enrichies en plus du lait maternel) contre 90% à la midline. Aussi, 67,64% de celles-ci savent qu'à partir de 12 mois, il faut introduire à l'alimentation de l'enfant, le plat familial (fruits et légumes, viande, poisson et œufs) tout en continuant l'allaitement maternel contre 48% à la midline.

Pour 71,63 % des FEFA, le sevrage (arrêt de l'allaitement) doit se faire à l'âge de 24 mois au moins (c'est-à-dire à partir de 24 mois et plus) (midline=88%) et 73,87% des FEFA connaissent au moins 4 thématiques d'ANJE (mise au sein précoce, don du colostrum, l'AME, introduction d'aliments de complément, poursuite de l'allaitement jusqu'à au moins 2 ans, la fréquence minimale des repas et la diversité alimentaire minimale acceptable) contre 76% à la midline. Ces résultats témoigneraient de l'importance du bon déroulement sans interruption des sensibilisations auprès des FEFA à travers les différentes prestations de santé et les GASPA par les agents de santé et les ASBC.

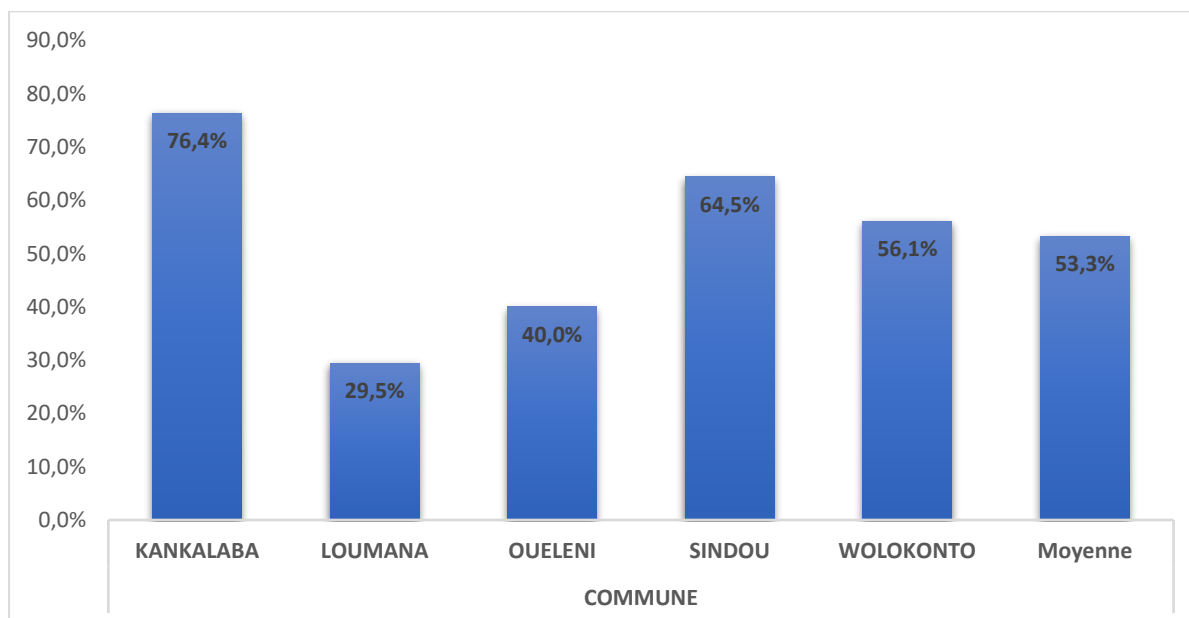
### **3.9. Pratiques de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant par les femmes (ANJE)**

Avoir des connaissances sur l'ANJE est une chose importante mais les mettre en pratique en est une autre. Les pratiques des FEFA sur l'ANJE ont été également évaluées lors de cette étude. Dans cette partie, il s'agira d'analyser l'état des pratiques des femmes sur les bonnes pratiques de l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE) à savoir la mise au sein précoce, le don du colostrum, l'allaitement exclusif, l'introduction d'aliments de compléments, la fréquence alimentaire minimum, la diversité alimentaire, l'alimentation minimum acceptable.



### 3.9.1. Mise au sein précoce

Parmi les pratiques d'ANJE recommandées, la mise au sein précoce ou encore initiation précoce de l'allaitement au sein constitue l'une des plus importante en ce qu'elle permet de réussir l'application des autres pratiques. La recommandation est qu'après accouchement, le nouveau-né doit être mis immédiatement au sein dans l'heure qui suit sa naissance. La figure suivante nous présente les résultats des pratiques des femmes sur la mise au sein précoce

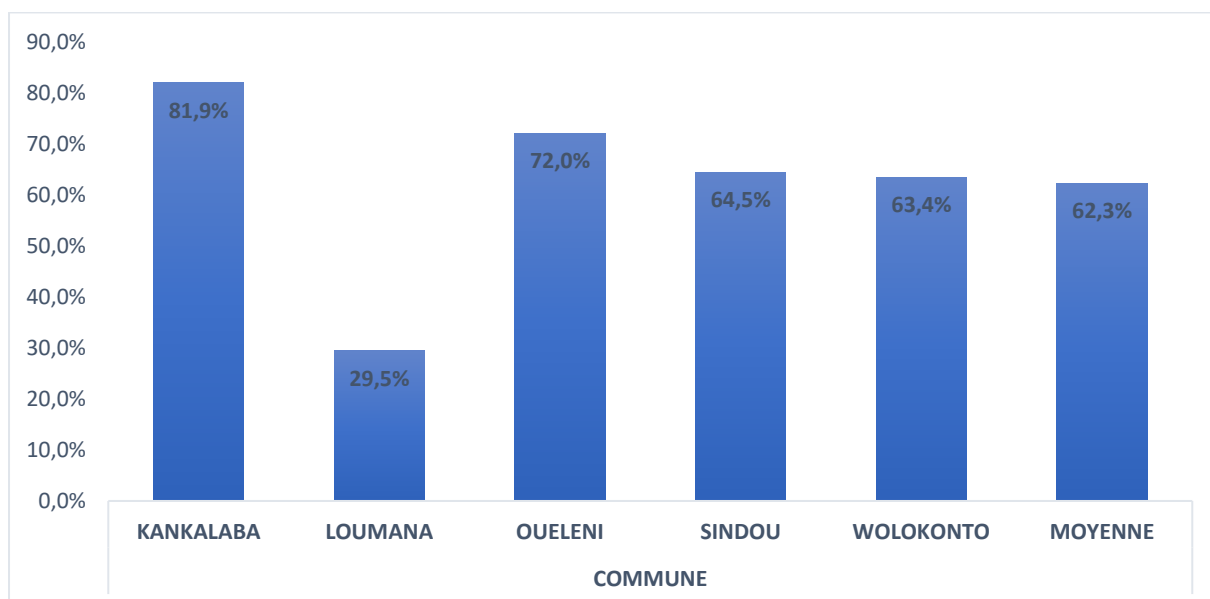


Graphique 14 : Pratiques des femmes sur la mise au sein précoce

De l'analyse de la figure conçue à partir des données de l'enquête, il ressort que la mise au sein précoce varie de 29,5% (Loumana) à 76,40% (Kankalaba) pour une moyenne de 53,3% dans l'ensemble du district contre 66,90% à la midline. Nous remarquons en effet qu'un peu plus de la moitié des femmes ont initié précocement leur nourrisson à l'allaitement au sein, mais cette valeur est en baisse. Les sensibilisations sur les bonnes pratiques ANJE et aussi la volonté des femmes à mettre en pratique les connaissances reçues seraient la cause de ce résultat même si cette valeur est en baisse. Il faut noter également que des agents de santé pratiquent systématiquement la mise au sein précoce dès l'accouchement et le suivi des mères dans la salle de repos.

### 3.9.2. Don du colostrum

Les pratiques des femmes sur le don du colostrum sont présentées par la figure 15 suivante :

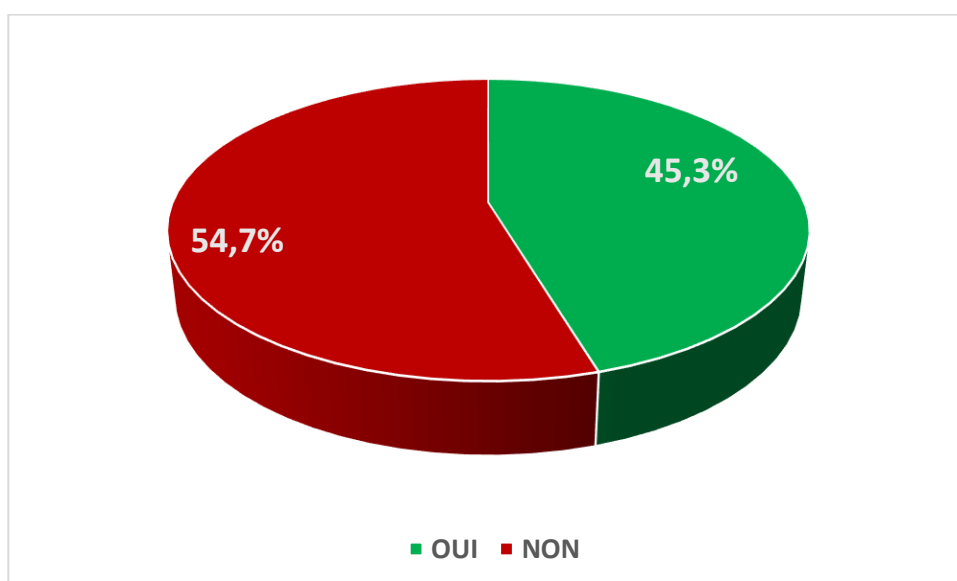


**Graphique 15 : Pratiques des femmes sur le don du colostrum**

De l'analyse de la figure conçue à partir des données de l'enquête, nous constatons que le don de colostrum va de 29,5% (Loumana) à 81,9% (Kankalaba) avec une moyenne de 62,3% contre 93,70% à la midline. Cela pourrait être dû à un arrêt des activités de sensibilisation pendant un temps suffisant pour que la population commence à oublier les pratiques non encore installées dans les habitudes. Ou encore une non maîtrise de la part des ASBC ; en effet, 100% des ASBC interrogés déclarent maîtriser l'ANJE sauf à Loumana où 2 ASBC disent ne pas maîtriser l'ANJE.

### 3.9.3. Allaitement exclusif

Pendant les six premiers mois de la vie, le nourrisson doit être uniquement allaité au sein, sans aucun autre apport d'aliments liquides ou solides : on parle d'Allaitement Maternel Exclusif (AME). Les pratiques de l'AME par les femmes sont présentées dans la figure 16 suivante :

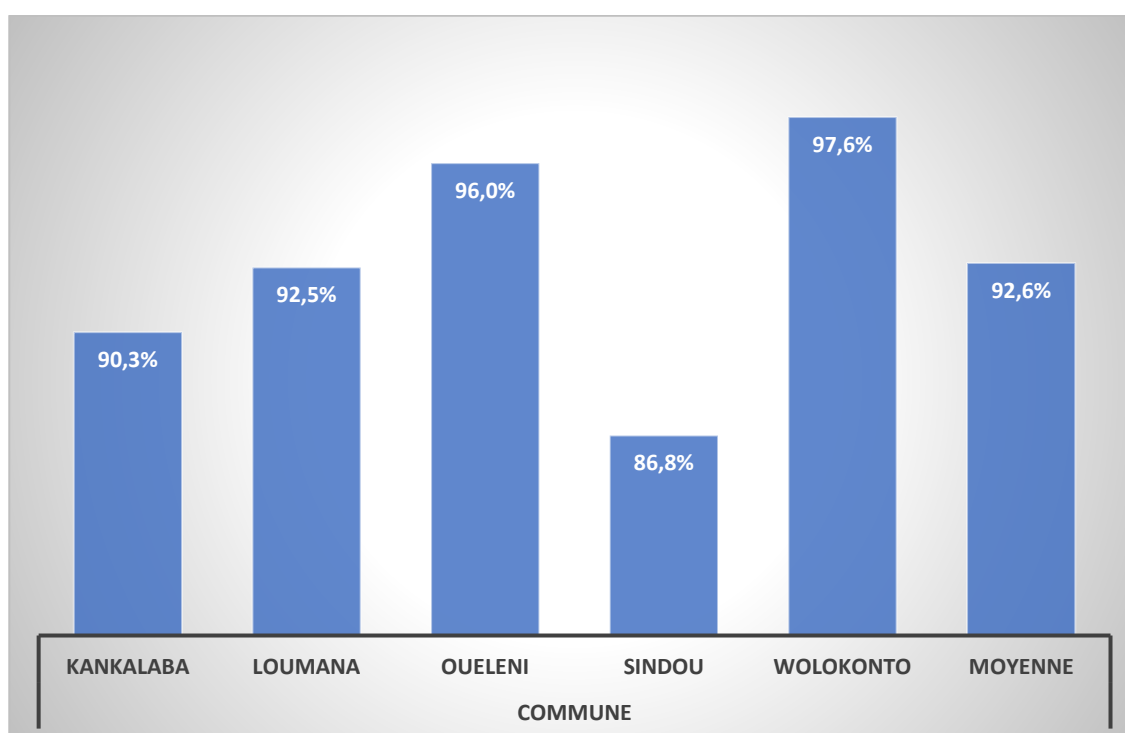


**Graphique 16 : Pratiques de l'AME par les femmes**

De l'analyse de la figure conçue à partir des données de l'enquête, nous constatons que l'AME donne une moyenne d'AME de 45, 3 % (le nombre des enfants de 0-5 mois par commune ne permettant pas de calculer ce paramètre par commune) (contre 75,40% à la midline) dans l'ensemble du district sanitaire. Le lait maternel contient tous les éléments nutritifs et protecteurs dont le bébé a besoin pendant les six (06) premiers mois de son existence. Les pratiques de l'AME sont dans la plupart des cas, influencées par la persistance de certaines pratiques traditionnelles qui gênent l'efficacité de la conduite de l'AME (gavage, purge, administration de tisanes à but thérapeutiques). Ces résultats montrent un abandon de la bonne pratique au profit des pratiques traditionnelles. Pour sauvegarder les acquis du programme dans ce domaine, les sensibilisations à travers dans les GASPA doivent être maintenues.

### 3.9.4. Introduction d'aliment de complément à partir de 6 mois

A partir de 6 mois, le lait maternel seul ne suffit plus pour le développement harmonieux de l'enfant. Il a besoin de compléter le lait maternel avec d'autres aliments pour assurer sa croissance : introduction adéquate de l'alimentation de complément. C'est la proportion de nourrissons âgés de 6 à 8 mois qui ont reçu des aliments solides, semi-solides ou mous. De notre étude, il ressort que 92,6 % des enfants en moyenne ont reçu une introduction adéquate de l'alimentation de complément à partir de six (06) mois. Notons bien que ce résultat est bien en deçà des 100% de la midline. La répartition par commune est donnée dans la figure ci-dessous

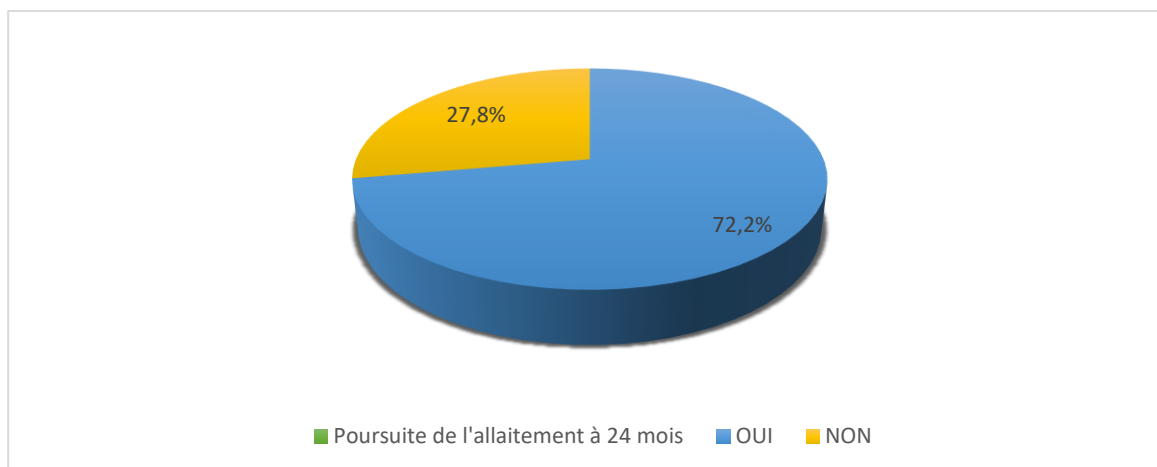


Graphique 17 : Introduction adéquate d'aliments de complément entre 6 et 8 mois

### 3.9.5. Allaitement maternel jusqu'à 2 ans

Le sevrage désigne, le processus durant lequel une mère cesse définitivement d'allaiter son enfant. Ce processus passe progressivement d'une alimentation lactée (lait maternel, ou lait artificiel chez les humains) à une alimentation plus solide pour aboutir finalement à l'ablactation. L'ablactation normale doit se faire à partir de deux (02) ans c'est-à-dire 24 mois et plus. De ce fait l'allaitement doit se poursuivre jusqu'à l'âge de deux ans. La poursuite de

l'allaitement au sein jusqu'à 2 ans désigne la proportion d'enfants âgés de 20 à 23 mois qui continuent de prendre du lait maternel. Les résultats de l'étude sur cet indicateur sont présentés par la figure ci-dessous.

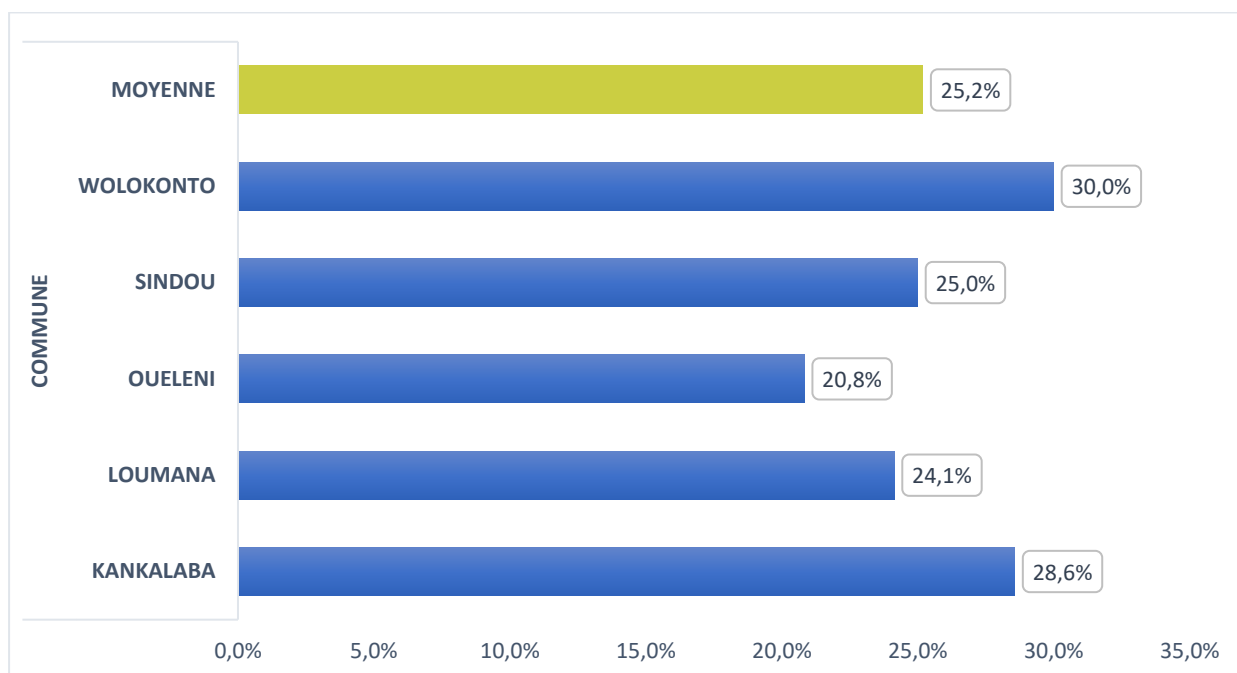


**Graphique 18 : Poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à 2 ans**

De l'analyse de la figure, la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à 2 ans est de 72,2 % contre 93,54% à la midline pour l'ensemble du district sanitaire. Cela serait dû au fait que la midline correspond généralement au point d'activités maximum. De plus cette end line est intervenue pendant que les activités du projet avaient déjà pris fin.

### **3.9.6. Diversité alimentaire minimum**

La diversité alimentaire minimum indique la proportion d'enfants âgés de 6-23 mois qui ont reçu au moins 4 groupes d'aliments distincts sur 7 groupes d'aliments. Les 7 groupes d'aliments utilisés pour cet indicateur sont les suivants : 1. céréales, racines et tubercules, 2. Légumineuses et noix, 3. Produits laitiers (lait, yaourt, fromage), 4. Produits carnés (viande, volaille, abats) et poissons, 5. Œufs, 6. Fruits et légumes riches en vitamine A, 7. Autres fruits et légumes. La figure suivante nous présente la diversité alimentaire minimale des enfants.

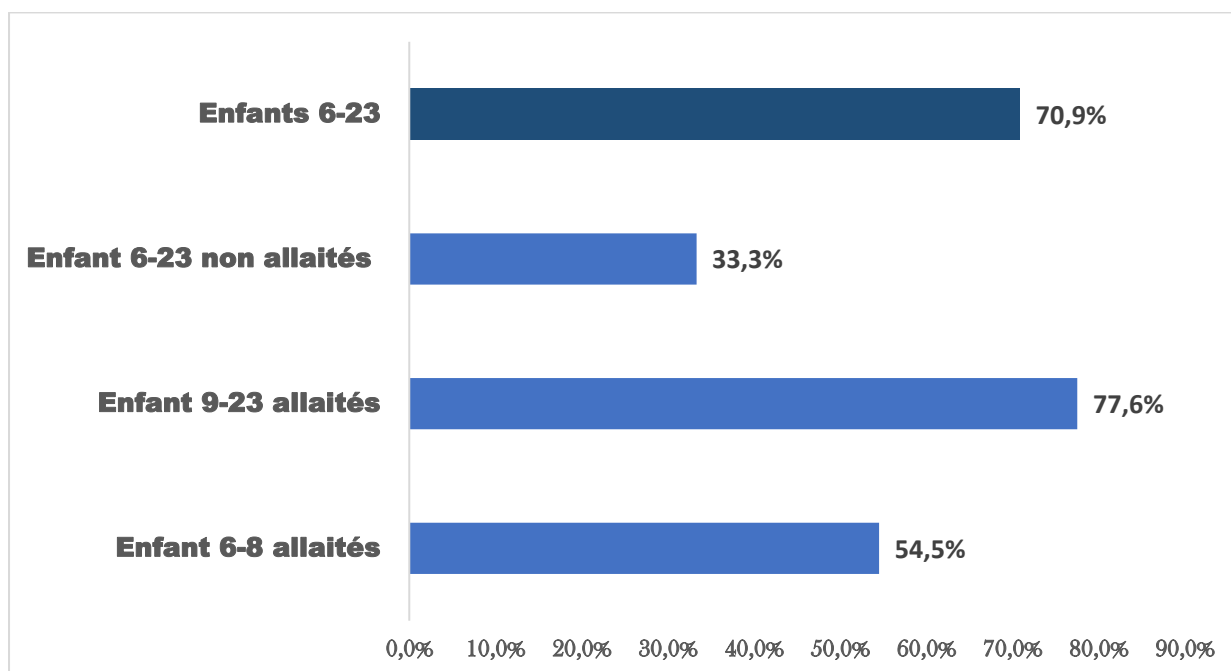


**Graphique 19 : Diversité alimentaire minimale**

La figure nous montre que la diversité alimentaire minimale dans le district sanitaire est de 25,2 % contre 29,09% à la midline. On observe par ailleurs une disparité au sein des communes avec une diversité alimentaire variant de 20 % (Ouéléni) à l'ordre de 30% (Wolonkoto et Kankalaba). Ces résultats pourraient peut-être s'expliquer par les tabous (interdits) alimentaires qui persistent toujours dans la région. En effet, de ces derniers entretiens, la sauce de sésame pendant la saison hivernale est interdite ainsi que certaines viandes (comme la viande de chat par exemple) qui est interdites aux enfants. De plus et consommer certaines feuilles vertes (comme le baobab par exemple) pourrait rendre gravement malade ou même rendre aveugle. Des efforts restent à faire en vue de préserver les acquis voir améliorer l'état nutritionnel (malnutrition y compris les carences en micronutriments : Vitamine A, Iode, Fer, acide folique, Zinc, magnésium...). Une adresse particulière doit être faite en matière de sensibilisation afin de bannir les croyances sur les tabous et interdits alimentaires dans la région. En effet plusieurs ménages ont des raisons de ne pas consommer certains types d'aliments soit à cause de leur religion soit à cause de la tradition ou par crainte de violer le totem (exemple de motifs de crainte : mettre au monde des enfants génies, silures portent malchance, causent des dégâts).

### **3.9.7. Fréquence minimum des repas**

La fréquence minimum des repas désigne la proportion d'enfants âgés de 6 à 23 mois qui ont reçu des aliments solides, semi-solides ou mous à une fréquence minimum ou plus selon qu'ils soient allaités (6-8 mois et 9 - 23 mois), ou non (6-23 mois) la veille de l'enquête. La figure suivante nous présente la répartition de la fréquence minimale des repas des enfants par tranche d'âge selon qu'ils soient allaités ou non.

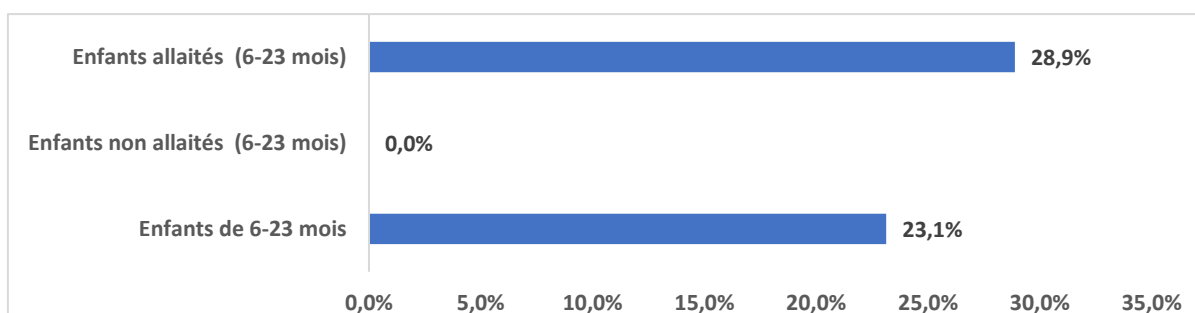


**Graphique 20 : Fréquence minimale de repas**

La fréquence minimale moyenne de repas observé dans le district sanitaire est de 70,9% contre 68,18% à la midline ce qui montre une amélioration. La plus faible proportion est encore observée chez les enfants non allaités comme à la midline (33,3% et 40% à la midline). Les enfants allaités de 6-8 mois ayant une fréquence minimale des repas sont 54,5% contre 88% à la midline. Ainsi, des actions spécifiques restent d'actualité pour les enfants non allaités afin de rehausser ce taux pour éviter que ceux-ci ne tombent dans la malnutrition. Des sensibilisations sur les fréquences minimales de repas des enfants et les bienfaits de l'AME doivent donc continuer.

### 3.9.8. Alimentation minimum acceptable

L'Alimentation minimale acceptable est un indicateur composite découlant des indicateurs de la fréquence des repas et celui de la diversité alimentaire. Il résulte de la proportion d'enfants qui ont à la fois, un score minimum de diversité alimentaire et une fréquence minimale de repas acceptables. Le graphique suivante nous présente les proportions de l'alimentation minimale acceptable.



**Graphique 21 : Alimentation minimale acceptable**

De l'analyse de la figure, l'alimentation minimale acceptable moyenne est de 23,1% dans l'ensemble du district sanitaire contre 29,09% à la midline. Il n'y a pas eu d'enfant non allaités

ayant eu à la fois une fréquence et une diversité adéquates. Cependant à la midline cette proportion était de 20%. Ainsi, une insistance sur des actions spécifiques doivent être mises en œuvre pour les enfants non allaités. Ces résultats pourraient s'expliquer par certains tabous et interdits alimentaires qui persistent toujours dans la localité. En effet, de nos entretiens, il ressort par exemple que manger la sauce de sésame pendant la saison hivernale est interdit car cela pourrait rendre mauvaise la saison. Également, certaines viandes (comme la viande de chat par exemple) seraient interdites aux enfants et consommer certaines feuilles vertes (comme le baobab par exemple) pourrait rendre gravement malade ou même rendre aveugle.

### **3.10. Vulgarisation des pratiques d'ANJE, alimentation des femmes enceintes ou allaitantes, de promotion de l'hygiène et d'assainissement au sein des ménages par les agents de santé et ceux à base communautaires (ASBC)**

#### **3.10.1. Vulgarisation des pratiques d'ANJE par les agents de santé**

D'après les résultats des entretiens réalisés dans les centres de santé du district sanitaire, la mise en œuvre du PISA est faite à travers plusieurs actions. Au niveau de l'équipe cadre de district (ECD), le PISA est mise en œuvre à travers les formations des responsables maternités et les ICP pour la mise en œuvre de l'ANJE dans les centres de santé avec l'accompagnement du PASANAD

Pour les formations sanitaires, il est à noter que tous les centres de santé indiquent qu'ils mettent en œuvre le PISA. A ce niveau, le mécanisme de mise en œuvre du PISA a été décrit comme suit :

- Promotion de l'ANJE au cours des différentes prestations de santé (Consultation Périnatales (CPN), Postnatale (CPoN), Consultation du Nourrisson Sain (CNS), Consultation Curative Infirmière (CCI), Vaccinations et sensibilisation, causeries en CPN...)
- Conseils aux mères d'enfants lors du suivi de la croissance (PEC MAM, PEC MAS)
- Sensibilisation depuis la grossesse jusqu'à l'âge de deux (02) ans de l'enfant à travers des boîtes à images
- Promotion de la planification familiale,
- Counseling individuel lors des CPN
- Animation des GASPA par les ASBC (AME, démonstration culinaire...).

Au titre des difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du programme, il est ressorti essentiellement :

- Insuffisance de compétences car tous les agents ne sont pas formés (seulement 2 agents par CSPS sont formés) ;
- Mobilités des agents du aux concours professionnels
- Ruptures d'intrants et le manque de matériel (Souvent on ne dispose plus de micronutriments pour les enfants malnutris)
- Difficultés de collecte de vivres pour les démonstrations culinaires.
- Faible mobilisation des femmes lors des activités GASPA surtout pendant la période d'hivernage et compte tenu du fait de l'éloignement de certains hameaux de culture ;
- La grève des agents de santé qui a survécu à un moment a aussi ralenti les activités de supervision sur le terrain. Il en est de même pour la Covid 19 qui a aussi impacter négativement les activités mais les agents ont dû s'adapter en mettant en pratique les



mesures barrières édictées par le gouvernement pour poursuivre la mise en œuvre du programme.

**Pour améliorer la qualité de leur service aux populations, les agents de santé ont souhaité encore avoir de renforcement de capacités. Il s'agit entre autres :**

- Du recyclage des agents de façon continue ou périodique (formation approfondie des agents de santé) ;
- Etendre la formation à tous les agents ;
- Besoins matériels (pèse personne, des registres, matériels de préparation de la bouillie enrichie) logistiques (matériel roulant, motocyclette pour les sensibilisations et la supervision des ASBC dans les villages ...) et des intrants (farine enrichies, plumpy nut pour les malnutris.) ;
- Etablir une bonne communication et collaboration avec le PASANAD et les CSPS pour améliorer leur implication effective dans toutes activités.

**3.10.2. Vulgarisation des pratiques d'ANJE par les ASBC**

S'agissant de la vulgarisation des pratiques d'ANJE par les ASBC, les résultats révèlent que la plupart des ASBC ont été formés et ont reçu des matériels de sensibilisation pour mener les activités dans les villages : « Nous avons reçu une formation sur la sensibilisation, la préparation de la bouillie enrichie, le dépistage de la malnutrition (mesure de la taille, le poids, le PB des enfants). Nous avons également reçu des matériels de GASPA (1 registre de présences ,1 registre pour noter les poids et la tailles, 1 registre communautaire, 1 registre des suivis évaluations » nous relatara un ASBC. Ils affirment également assurer l'animation des GASPA et abordent les thématiques d'ANJE en fonction du groupe de GASPA (Femmes enceintes, Allaitantes de 0-5 mois ou de 6-23 mois). Nous leurs parlons de « l'allaitement exclusive de l'enfant jusqu'à 6mois, ajouter un aliment liquide en plus du lait maternel de 6 à 23 mois, sensibiliser les femmes sur la Planification familiale, Montrer aux femmes comment préparer la bouillie pour les enfants » nous confiera un ASBC.

**Au titre des difficultés rencontrées dans leur mission au cours de la mise en œuvre du Programme PASANAD, les ASBC notent essentiellement :**

- ✓ Utilisation de leur propre ressource pour les activités du projet car estimant que les prises en charge ne sont pas suffisantes ;
- ✓ Souvent des mésententes entre certains bénéficiaires et les ASBC car ils se plaignent de n'avoir pas reçu la totalité de leur cash (parce qu'étant vieux et ne pouvant pas se déplacer certains proches ont été délégué pour récupérer leur cash et les remettre mes ces derniers enlèvent leur part avant de remettre le reste aux bénéficiaires ;
- ✓ Manque des moyens de déplacements qui limitent le travail des ASBC surtout dans les gros villages et les hameaux de cultures éloignés des villages ;
- ✓ Manque de matériels (le kilo, tartiner des enfants, la farine) ;
- ✓ Eloignement de certains CSPS des villages et difficile d'accès pendant l'hivernage due à l'eau ;
- ✓ Manque d'espace approprier pour les GASPA surtout en période d'hivernage (absence d'hangar, de bancs)
- ✓ Faible motivation et négligence des femmes à participer aux activités des GASPA surtout pendant l'hivernage et cela amènent souvent les ASBC à faire de porte à porte ;
- ✓ Le registre est difficile à remplir et le nombre GASPA trop élevé dans le mois ;

- ✓ La Négligence des référencés par les agents de santé (selon certains ménages de la commune de Sindou)
- ✓ Difficultés de collecte de vivres pour les démonstrations culinaires
- ✓ Des retards lors de rencontres GASPA compte tenu du fait que les. Les femmes ne sortent pas à l'heure.
- ✓ Méésentente entre les ASBC et les centres de santé relevée à Sindou. Certains agents de santé ne collaborent pas.
- ✓ Certaines mères n'acceptent pas aller facilement avec les enfants référer au CSPS.
- ✓ L'incompréhension des femmes constituée une difficulté majeure : toutes les femmes veulent la prise en charge de leur enfants (dotation en plumpy nut) quel que soit leur état nutritionnel.

**Pour améliorer la qualité de leur service aux populations, les ASBC auront encore besoins de quelques renforcements de capacités. A ce titre, ils solliciteraient :**

- ✓ De renouveler la formation des ASBC et les superviseurs
- ✓ Augmenter la motivation des ASBC
- ✓ Donner des moyens de déplacements aux ASBC pour les différents déplacements dans les villages car certains hameaux sont très éloignés.
- ✓ Encourager la participation des femmes aux rencontres GASPA (mobilisation) en offrant de petits cadeaux
- ✓ Doter les GASPA de jouets pour faire amuser les enfants pendant les réunions des GASPA pour faciliter la pleine participation des mères aux séances de sensibilisation ;
- ✓ Aider les ASBC à avoir du gaz/ou charbon dans l'animation des GASPA pour les démonstrations culinaires ;
- ✓ Mettre des hangars au niveau des GASPA et revoir à la hausse la prise en charge des ASBC ;
- ✓ Renforcer la formation des ASBC car il y'a un besoin de plus de formation sur le remplissage des documents) ;
- ✓ Augmenter la quantité de la farine des enfants de 6-23 mois car les femmes n'acceptent pas envoyer leur farine de la maison ;
- ✓ Les ASBC souhaitent avoir des moyens de déplacements.

### **3.11. Organisations paysannes**

Le programme apporte un appui à 10 organisations paysannes (OP) évoluant dans l'élevage et l'agriculture avec plus de 174 membres dont plus de 76 femmes. Parmi ces OP, 5 évoluent dans la production maraichère et 5 dans l'élevage de volaille. Ces OP se trouvent dans les communes de Sindou, Wolonkoto, Oueleni, Loumana et Kankalaba. Parmi ces membres, 50 personnes ont été formées et améliorent leurs connaissances en gestion techniques et financière du projet. Toutes les OP appuyées par l'action ont engagé des formations (gestion financière, techniques de production des légumes, les techniques d'élevage de la volaille) au profit de leurs membres. Les formations concernent les techniques d'élevage et de production maraichère ainsi la gestion financière. Également ces OP ont bénéficié du programme la construction de magasin, de la construction de poulailler, forage, aliment volaille, matériels d'élevage, la vaccination de la volaille.

Ces OP appuyées par le programme affirment avoir augmenté leur production. Ainsi, selon les résultats des entretiens réalisés, les responsables des OP affirment qu'elles contribuent au renforcement de la disponibilité des légumes dans les villages et la volaille. Cela pourrait de façon indirecte améliorer l'accès économique des ménages aux légumes et volaille à travers la réduction des prix. Par ailleurs, les OP déclarent commercialiser les légumes produits, la volaille et les œufs dans les communes au niveau des marchés locaux. A Loumana, une Op déclare qu'elle a eu le monopole de fournir des poulets aux bénéficiaires individuels. Aussi, elles déclarent consommer les produits qu'elles produisent. Ainsi, l'auto consommation des productions contribuent à la diversification alimentaire et donc d'un bon état nutritionnel en ce sens que les légumes n'étaient pas disponibles à tout moment dans les ménages et ils n'avaient pas forcément une quantité suffisante de volaille qui leur permettent de faire de l'autoconsommation. En outre, la consommation des légumes apporte les micro nutriments et celle de la volaille et de la protéine animale à l'organisme.

### **3.12. Gouvernance locale**

La proportion d'élus locaux qui ont amélioré leurs connaissances de l'ANJE (ou proportion d'élus locaux qui ont compris l'importance de l'ANJE dans les PCD) est de 92%. L'année 3 du projet a été déterminant par rapport à une évolution des indicateurs de l'extrait lié au plaidoyer qui a été atteint à 80%, « Un plaidoyer est mené auprès des élus locaux pour la prise en compte de la nutrition dans les PCD » avec plusieurs rencontres réalisées dans ce sens et des échanges individuel avec les maires. Ces échanges leurs ont permis de finaliser leur micro projet et de discuter des étapes de mobilisation des fonds. Les deux autres extraits du résultat avaient été atteint, il s'agit de : « Un cycle de formation sur l'ANJE et les questions de nutrition ainsi que la recherche de partenariat a été fourni au profit des élus locaux, les enseignants et les leaders des communes ciblées » ; « Des comités d'adultes et d'enfant sont mis en place et formé pour l'analyse budgétaire ». On a noté le renforcement des compétences des maires des 8 communes et des secrétaires généraux de ces communes également sur la mobilisation des ressources locales. En ce qui concerne la prise en compte de la nutrition dans les PCD, 04 communes sur 08 ont pu le faire. Il s'agit des communes de Douna, Oueléni, Sindou et Niankorodougou. On note aussi, au total, 08 comités d'adultes et d'enfants sont mis en place et formés pour l'analyse budgétaire pour contribuer à améliorer la gouvernance locale et la redevabilité au sein des communes sur 5 initialement prévus.

### **3.13. Analyse des performances globales du projet selon les critères d'évaluation**

#### **3.13.1. Pertinence**

Au regard de ce contexte, le programme répond à des besoins prioritaires des populations à plusieurs niveaux. En effet, pour les ménages bénéficiaires et les services techniques (agriculture, élevage et action sociale) et les mairies, le programme répond au problème de santé notamment la malnutrition des enfants, la santé des femmes enceintes ou allaitantes, de cash (liquidité) pour subvenir aux besoins essentiels du ménage surtout l'alimentation en période de soudure et au développement des capacités productives des ménages (distribution de volailles, des semences maraîchères et des formations).

Pour les agents de santé, le programme répond à leurs besoins de renforcement de capacités technique sur la prise en charge des enfants malnutris, l'ANJE, le besoin en matériel pour améliorer la qualité de leur prestation et le suivi, les besoins de dépistage massif des enfants pour détecter précocement les cas de malnutrition, l'amélioration de la prise en charge au niveau communautaire. Le projet permet aussi de relever le défi de la malnutrition chronique avec le changement de comportement de la population impulsé par les actions du projet (sensibilisation, formation).

Au niveau des ASBC, le programme répond à leurs besoins prioritaires de renforcement de leur connaissance sur les thématiques et pratiques de l'ANJE, le Paquet intégré des service d'ANJE, la préparation de la bouillie, la détection et le référencement des enfants malnutries dans les CSPS, les mesures anthropométriques, de renforcement en matériel de travail (boite à image, la mise en place des GASPA, l'appropriation par les ASBC des activités de GASPA au niveau communautaire et maîtrise de leurs rôles).

En sommes, le projet est pertinent et cela a été notifié par les ménages bénéficiaires, les agents de santé, les services techniques (agriculture, élevage et action sociale), les ASBC, les mairies. Cependant, des besoins non couverts par le programme ont été évoqués. Il s'agit de la mise en place des jardins dans les écoles, la prise en charge des malnutris référés (l'action porte sur la prévention plutôt que sur le traitement) et la prise en charge des femmes enceintes dans cas du paludisme.

Aussi, les agents de santé ont noté le besoin en formation spécifiques au niveau de l'ECD pour mieux encadrer les acteurs sur le terrain ainsi que le besoin d'appui en moyens roulants pour les points focaux nutrition qui ne sont pas pris en compte dans le programme tels que la formation ou le recyclage des agents sur l'ANJE, l'alimentation des femmes enceintes ou allaitantes et la promotion de l'hygiène et l'assainissement dans les ménages.

#### **3.13.2. Cohérence**

Le programme d'appui à la sécurité alimentaire et nutritionnelle, à l'agriculture durable et à la résilience dans le district sanitaire de Sindou dans sa conception est en cohérence avec les domaines prioritaires du pays. En effet, le programme est en cohérence avec le Plan National du Développement Economique et Social (PNDES) notamment à ses axe stratégique 2 « développer le capital humain et à l'effet attendus EA 2.1.2 : « l'état nutritionnel de la population, en particulier des femmes et des enfants, est amélioré » et 3: « dynamiser les secteurs porteurs pour l'économie et les emplois », et à l'effet attendus (EA) 3.1.2 : « la résilience des ménages agro-sylvo-pastoraux, fauniques et halieutiques aux risques est renforcée ».

Par ailleurs, il est en phase avec la politique nationale de sécurité alimentaire et nutritionnelle (PNSAN) dont l'objectif est la réalisation d'une sécurité alimentaire et nutritionnelle durable à l'horizon 2025 notamment en son orientation stratégique 4 « amélioration de l'état nutritionnel des populations ». Il s'inscrit aussi dans la logique des priorités résilience pays (PRP-AGIR) au Burkina Faso en ses piliers 1,2 et 3. En outre, le projet s'intègre parfaitement dans les objectifs du plan de réponse et de soutien aux populations vulnérables à l'insécurité alimentaire et à la malnutrition de l'année 2018 notamment en son objectif spécifique 3 « protéger les moyens d'existence des populations affectées par les crises alimentaires et/ou catastrophes naturelles ». Aussi, le programme met en œuvre conformément au plan stratégique de l'ANJE.

La zone d'intervention du programme (district sanitaire de Sindou) est située dans la zone de moyens d'existence (ZOME) 2, caractérisée par la production fruitière (mangues, oranges, anacardes, etc.), la culture du coton et des céréales avec une population à 55% pauvres ou très pauvres. C'est une zone à forte potentialité agricole. En 2017, la province la Léraba enregistrait une prévalence de malnutrition chronique de 28.2% constituant un seuil précaire selon les critères de référence de l'OMS couplé par une méconnaissance des ménages sur les pratiques d'ANJE

### **3.13.3. Efficace**

L'approche participative dans le ciblage a permis de garantir sa qualité. En effet, le choix des villages d'intervention a été fait de façon concertée avec l'ensemble des acteurs de la zone d'intervention. Cela a permis d'éviter les doublons et prioriser les villages vulnérables. L'utilisation de l'approche HEA pour le ciblage des 1 200 ménages a permis de cibler les pauvres et les très pauvres en cohérence avec l'objectif du projet en termes de cible. Les résultats attendus en termes de mise en œuvre des activités ont été atteints dans la majorité des cas.

#### ***Résultat 1 « Les femmes enceintes et les mères d'enfants de 0-23 mois bénéficient de services ANJE de qualité, conformément au Plan Stratégique de l'ANJE »***

Au total depuis le début du projet 119 agents de santé des 32 formations sanitaires du district ont bénéficié d'un renforcement de capacité sur le PISA afin de pourvoir la mise en œuvre. Aussi, 1197 GASPA ont été mis en place et fonctionnel depuis le début de l'action dans 99 villages. Ces deux aspects tant au niveau des formations sanitaires que celui communautaire ont permis d'augmenter la proportion de femmes enceintes et mères d'enfant de 0 à 23 mois qui bénéficient de services ANJE au niveau communautaire de 86%. On note que le taux de couverture de nombre d'agents formés sur le PISA est de 183% ce qui correspondait à 119 (58F ; 61H) sur 65 prévues qui ont été formés. S'agissant des outils partagés, ils sont composés de 93 posters portant sur les thèmes de l'allaitement maternelle exclusif, l'alimentation complémentaire et le suivi des grossesses. En outre, 62 manuels du prestataire, 62 registres d'information, d'éducation et de communication (IEC) ont été produits et distribués dans 31 formations sanitaires. Aussi 7 sessions de formation sur le PISA ont été organisées dont 6 au profit de 199 ASBC (49F ;150H) des (05) anciennes et (03) nouvelles communes couvertes par le projet. S'agissant de la dotation de 199 ASBC en outils pour les activités promotionnelles en nutrition, 168 toises, 168 balances Salter, 2000 MUAC, 199 des kits culinaires et 597 registres, 250 boîtes à images prenant en compte les ASBC des nouvelles communes formées ont été acquis et leur ont été distribués. Durant l'année 3 du projet, 500 registres de plus ont été imprimés puis distribués aussi, ce qui porte le total des registres à 1097. Les ASBC après ces formations et ces dotations continue d'être actifs sur le terrain car on constate le fonctionnement effectif des GASPA, la réalisation de 1249 séances de dépistage actif avec 407 (159G ; 248F) enfants malnutris référés. A total 199 ASBC animent aujourd'hui 1167 GASPA qui sont fonctionnels et



les 99 villages et hameaux du programme ont des groupes de pères et belles mères. Les formations sanitaires au nombre de 31 disposent tous d'un programme PISA qu'elles mettent tous en œuvre. Le nombre de séance GASPA est passé de 15988 à 18954 et intègrent 4258 séances de démonstration culinaire une année plus tard. En ce qui concerne la participation des FEFA aux séances GASPA, on constate aussi une bonne avancée qui passe de 27035 à 28649. La campagne de sensibilisation de masse réalisées à travers la diffusion de pièce théâtrale et des chansons en langues locales (Dioula et Sénoufo) à toucher en moyenne 2682 personnes. On note que 547 diffusions ont été réalisées femme. Nous avons enregistré une bonne mobilisation de la communauté et qui bien apprécié les messages qui ont été diffusé.

Ces actions ont eu un impact sur la qualité de prestation des agents de santé. En effet, les agents de santé estiment que le programme à contribuer à renforcer leurs capacités d'interventions et de prise en charge des enfants malnutries. Les formations ont renforcé les capacités des anciens agents (besoin de recyclage) et des nouveaux agents qui n'avaient pas forcément reçu ces types formation dans leur cursus. Selon les agents, leur connaissance sur le PISA a été renforcée. Aussi, le programme a contribué à renforcer la connaissance des ASBC sur leur rôles et responsabilités, sur la nutrition, l'ANJE, le PISA et faciliter dans le même temps la mise en œuvre de leur activité dans les villages.

**Résultat 2 : Un environnement favorable à la mise en œuvre du PISA est créé au niveau communautaire au profit des enfants de 6 à 23 mois, des mères d'enfants de 0- 23 mois et des femmes enceintes (productions maraichères, élevage de volailles, distribution de cash, de farines enrichies et sachets de micronutriments).**

Au niveau de ce résultat, 10 OP ont été identifiées et soutenues pour développer leurs projets. Ces OP évoluent essentiellement dans la production maraichère et l'élevage notamment de volaille. Le programme a apporté un appui en matériels, la construction de magasins, un appui financier, des formations et un suivi régulier de leur projet/plan d'action. Pour les OP évoluant dans le domaine de l'élevage de la volaille, ils ont dans le cadre de la mise en œuvre de leurs micro-projets acquis de l'aliment volaille, de la volaille de matériels de chauffage et de production et le tout avec un poulailler construit et contenant des poussinières tout en bénéficiant de renforcement de capacités techniques. Les OP évoluant dans la production maraichère ce sont dotées de matériels de production et des aménagements (moto pompe, brouette, pelle, tricycle), de magasin, de forages. Elles ont été aussi formées en techniques de production maraichère, de gestion financière, production de la fumure organique (à travers les fosses fumières) et la production et l'utilisation des pesticides biologiques. Au total, 50 personnes membres des 10 OP ont été formées en gestion financière. Toutes les OP ont engagé des formations au profit de leur membre en lien avec leur domaine d'activité. Les appuis apportés par le programme ont permis selon les OP d'augmenter leur capacité de production (légumes et volaille) et certaines OP occupent une place de monopole en fournissant des poules aux bénéficiaires individuels. Le niveau de connaissance technique en lien avec les domaines d'activité a connu une augmentation et cela renforce leur production. Ces OP en tant que « tiers bénéficiaires » ont mis en place de champs écoles et assurent un cet appui conseil et technique permanent aux 900 ménages bénéficiaires individuels. Cela démontre ainsi l'approche du faire faire et permettant aux OP qu'aux ménages bénéficiaires d'apprendre à se prendre en charge du point de vue nutrition et résilience.

Au niveau des ménages bénéficiaires, à l'an I de mise en œuvre du projet, une dotation de 15 têtes de volaille par ménage a été faite au profit de 600 ménages très pauvres et pauvres. Des formations sur les techniques d'élevage ont été aussi réalisées à leur endroit pour faciliter la

gestion des animaux. On note des mortalités observées après les distributions malgré les précautions prises (vaccination, déparasitage, mis en quarantaine). Le programme avait anticipé sur cela en augmentant le nombre de tête de 10 à 15 par bénéficiaire. Les semences maraichères ont été aussi distribuées à 600 ménages travers les coupons (15 000 FCFA/ménage) pour la production des légumes couplé de formation sur les techniques de production des légumes. Selon les entretiens réalisés avec les ménages, ils affirment que ces actions ont permis aux ménages d'avoir la capacité de se prendre en charge et à satisfaire leurs besoins essentiels (alimentation, liquidité, etc.) sans appui externe (autre partenaire ou programme autre que le PASANAD) avec le revenu tiré de la vente des poules et des légumes.

Par ailleurs, les 1200 ménages ont bénéficié d'une distribution de cash (22 500 FCFA/ménage/mois pendant 3 mois) en période de soudure sur les deux premières années du programme ainsi que de la farine enrichie et de micronutriments pour 1 338 enfants de 6 à 23 mois (2,5 kg/enfant/mois pendant 3 mois) et 897 FEFA ont reçu chacune 2 kg de farine pour 3 mois également. On note aussi la distribution de kit d'hygiène composé de d'un pot de défécation, d'une bouilloire, de 2 boules de savons, d'un seau avec couvercle, d'un gobelet au profit des 1 200 ménages vulnérables pour renforcer les pratiques de lavage des mains aux moments clé dans le cadre de la prévention de la malnutrition. Mais en ce qui concerne le kit d'hygiène, il avait été déjà distribué durant l'année 1 du projet. Cependant la mortalité élevée de la volaille dû à la peste aviaire (New Castle) a conduit à une deuxième distribution de volaille de relèvement à ceux ayant perdu plus de la moitié de leur dotation en faveur de 457 ménages. Selon les résultats des entretiens avec les ménages, cela les a permis d'atténuer le stress alimentaire en période pour mieux s'occuper de la mise en valeur de leur exploitation agricole. Toute chose leur permettant d'améliorer la production agricole. Cette action a contribué à l'amélioration de l'hygiène notamment le lavage des mains au sein des ménages. 68,40% de ménages disposent de dispositifs de lavage de mains et 86,5 % des FEFA utilisent de l'eau et du savon pour se laver les mains mais de façon courante. Cependant 62,9% se lavent régulièrement les mains au savon (Bonne pratiques d'hygiène) une baisse d'environ 20% par rapport à la midline qui pourrait être attribuable au séjour dans les champs. La pratique simultanée des cinq moments clé a été abandonnée par les FEFA contre 39,14% à la midline.

### ***Résultat 3 : Les collectivités locales s'investissent dans la gouvernance de la nutrition et la mise en œuvre des actions***

Pour ce résultat, le programme a formé les 16 élus locaux sur 10 initialement prévus sur la recherche de partenariat pour leur d'identifier et de nouer des relations avec des partenaires pour financier les activités prioritaires de développement des communes en tenant compte de la prise en compte de la nutrition.

Pour la prise en compte de la nutrition dans les PCD, 5 séances de plaidoyer ont été réalisées par le programme sur 8 initialement prévues. Les cibles touchées par ce résultat semblent faites au regard de l'importance du sujet.

Au total, 08 comités d'adultes et d'enfants sont mis en place et formés pour l'analyse budgétaire pour contribuer à améliorer la gouvernance locale et la redevabilité au sein des communes sur 5 initialement prévus.

En sommes, les objectifs du projet ont été atteints. En effet, les acteurs dans les entretiens ont indiqué la baisse de la malnutrition à travers la réduction du nombre de cas de malnutrition, l'amélioration des connaissances et des pratiques des mères sur l'ANJE, ainsi que l'état civil à travers l'érection des CSPS en CM.



### **3.13.4. Efficience**

En termes de respect du chronogramme de mise en œuvre des activités, la majorité des ménages affirment qu'il n'y a pas eu de retard majeur sauf à la deuxième année où un retard a été observé dans la distribution du cash due à la covid19 qui avait ralenti les activités avec les mesures restrictives de protection prises par le gouvernement qui limitait les possibilités de réaliser les activités à temps.

En ce qui concerne les ressources financières, dans la mesure où l'essentielle des activités planifiées par le projet ont été entièrement réalisées, nous pouvons supposer que les ressources financières du projet ont été jugées suffisantes.

Le dispositif de mise en œuvre en termes de ressources humaine (environ 30 personnes) peut sembler lourd, mais se justifie par le souci de la pérennisation des acquis du programme. Cela a milité à l'implication des services techniques de l'Etat (agriculture, action sociale et élevage) et le partenaire local disposant des agents promoteurs de la santé endogènes dans la zone du programme.

D'une manière générale, le suivi de la mise en œuvre des activités a été effectué tant par Save the Children que par le partenaire local et les services techniques à travers des missions terrain. Des rencontres semestrielles de coordination avec l'ensemble des acteurs de la zone (autorités administratives, collectivités locales, services techniques étatiques concernés, leaders communautaires, responsables religieux et coutumiers, ONG et associations de la zone) sont organisées. A cela s'ajoute des rencontres mensuelles organisées par le staff du programme et des rencontres trimestrielles de coordination regroupant les agents de santé et les acteurs communautaires sur le suivi du projet. Il selon les rapports reçus, la distribution des semences et de la volaille a fait l'objet de réalisation de post distribution monitoring (PDM).

L'utilisation de l'approche HEA favorise la compréhension du processus de sélection des bénéficiaires par la communauté et la mise en place des comités de sélection et de retour d'informations et de signalement permet de juguler les problèmes liés au ciblage. Il ressort des entretiens que les signalements sont remontés via les comités ou des CVD, ou des ASBC ou des agents du programme. Certains bénéficiaires ne savent pas si un dispositif de remonté des de l'information existe. Nous notons que les éléments de base pour une procédure efficace de feedback ont été établie au niveau des bénéficiaires des activités de sécurité alimentaire et ne prend pas en compte les activités santé nutrition, mais le système de gestion et de traitement des signalements des bénéficiaires n'a pas été perceptible sur le terrain. Il serait pertinent que le mécanisme de redevabilité soit renforcé à travers la dynamisation des comités, la mise en place d'une base de données des signalements ainsi que leurs traitements.

### **3.13.5. Les dimensions de l'évaluation.**

Elles regroupent les 06 piliers sur lesquels reposent la méthodologie de mise en œuvre du projet dont l'efficacité et l'efficience devront être évaluer que sont :

- **Renforcement des capacités**

Sur le plan de renforcement des capacités, les ménages ont bénéficié du matériel de production maraichère, de la semence maraichère ainsi que des formations sur les techniques de production maraichères, de biopesticides et de production de fumure organique. Également ils ont bénéficié des formations en technique de production avicole. En ce qui concerne l'ANJE, les ménages ont travers les groupes GASPA bénéficié de plusieurs formations dont les démonstrations d'art culinaires, la fabrication de la farine enrichie et la préparation de la bouillie, les sensibilisations sur l'importance de l'allaitement exclusif, l'hygiène et l'assainissement, les conseils aux femmes enceintes. Tous ces points de renforcement des capacités des ménages concourent à l'autonomisation des bénéficiaires dans la lutte

contre la malnutrition des enfants par l'utilisation des bonnes pratiques, la diversité alimentaire et de leurs revenus tout en améliorant leur hygiène de vie et par ricochet améliore leur capacité d'absorption, de transformation et d'adaptation. La formation des agents de santé ainsi que les ASBC ont amélioré significativement la qualité des soins ainsi que la prévention de la malnutrition. En effet ces renforcements de capacités ont permis aux agents de santé de fournir des sessions de counseling individuel pendant les offres de services de consultations prénatales, post natales, etc. et de causeries de groupe sur l'ANJE et la promotion de l'hygiène dans les centres de santé, la mise en œuvre du PISA, le PECIME. Quant aux ASBC, ils ont contribué à la mise en place des groupes GASPA, des mamans leaders, des belles mères et pères, leur dynamisation ainsi que leurs animations. Entre autres formations, les ASBC ont bénéficié de la formation sur l'utilisation de la bandelette de Shakir pour le dépistage de la malnutrition, sur l'ANJE, l'alimentation des femmes enceintes ou allaitantes sensibilisations sur l'ANJE, sur la promotion de l'hygiène et l'assainissement au sein des ménages. Dans le cadre de leurs activités les ASBC mènent des actions de sensibilisations en lien les thèmes des formations reçues au profit des ménages. Dans les CSPS de la zone, les agents de santé mettent en œuvre le paquet intégré des services d'ANJE.

- **Approche communautaire**

L'approche communautaire pour la mise en œuvre des actions du projet a été beaucoup appréciée par les bénéficiaires. En effet les personnes ressources de la communauté ont été formés sur les pratiques d'ANJE si bien qu'ils appuient les ASBC dans les sensibilisations sur les bonnes pratiques d'hygiène, la protection des enfants, l'allaitement du nourrisson, l'allaitement maternel exclusif, la préparation de la bouillie enrichie etc. En ce qui concerne les activités de production maraichère et avicole, la communauté s'est beaucoup impliquée si bien que ces activités ont été mise en œuvre sans difficultés majeures. En effet d'une part l'appropriation de la production maraichère et l'élevage de la volaille par les communautés à entraîner une amélioration des revenus des ménages ainsi que la diversité alimentaire à travers la bonne disponibilité des légumes et d'autres part ces activités constitue pour la plupart des ménages des moyens d'existence. Pour les activités GASPA, la communauté s'est beaucoup impliquée afin que chaque ville ait son care groupe/GASPA et ce groupe est régulièrement animé. En effet la communauté apporte les vivres pour les démonstrations culinaires et bien d'autres actions. Cette approche communautaire a permis une appropriation par la communauté des différentes bonnes pratiques entrant dans le cadre de la lutte contre la malnutrition et l'insécurité alimentaire. Ces différentes appropriations des bonnes pratiques ont été également facilité à travers l'approche par la déviance positive. Les OP appuyées par le programme ont augmenté leur production maraichère et avicole contribuant ainsi au renforcement de la disponibilité des légumes et de la volaille. Cette situation améliore l'accès physique et économique des ménages aux légumes et à la volaille et par ricochet à la diversité alimentaire affectant ainsi positivement l'état nutritionnel des enfants. Par exemple des OP transforment des produits locaux, sensibilisent les femmes sur les bonnes pratiques nutritionnelles, forment des personnes non membres des OP, appui certains ménages avec de la volaille pour la production avicole. Globalement on peut dire que la résilience des OP ainsi que les ménages pauvres sur le plan de la sécurité alimentaire et nutritionnelle est assurée étant donné que ces OP mènent toujours leurs activités de production à la fin du projet.

- **Renforcement de la résilience de la population**

Sur le plan de la résilience, on constate que les actions du programme ont contribué à la diversité de la production agricole et animale des bénéficiaires. En effet

La couverture moyenne des besoins céréaliers par la propre production qui est en moyenne de 7 mois. Aussi le maraichage qui occupait seulement 14% des ménages est passée à 30% en situation finale et 69% des ménages ont la volaille comme moyens d'existence. Toute chose qui améliore leur consommation alimentaire ainsi que leur revenu. La part des dépenses alimentaires est passée de 61%

en situation courante à 56% en situation finale. Ce qui traduit une réorientation des dépenses dans les dépenses d'investissement tels que la construction, les intrants agricoles et animales conséquence d'une amélioration des revenus. Aussi le recul de la malnutrition permet aux renforce d'avantage la résilience des ménages. Tous ces facteurs ont contribué à l'amélioration de la catégorie socioéconomique des ménages bénéficiaires. En effet, on note aussi une progression des ménages bénéficiaires dans les catégories socioéconomiques. La proportion des ménages bénéficiaires TP est passée de 88% en situation de référence à 40 % en situation finale et celle de la catégorie P est passée de 12% à 60%.

- **Approche participative et de coordination**

L'approche d'intervention du projet a été beaucoup apprécié par les bénéficiaires et tous les autres acteurs. En effet, elle a été participative tant au niveau des communautés qu'au niveau des services techniques et des autorités administratives locales (provinciale et communale). Aussi la coordination a été bien apprécié par les différents services techniques.

- **Sensibilisation et plaidoyer**

Des élus locaux ont été formés sur la recherche de partenariat l'identification de partenaires pour financier les activités prioritaires de développement des communes en tenant compte de la prise en compte de la nutrition. Également des plaidoyers ont été réalisées par le programme Pour la prise en compte de la nutrition dans les PCD. Aussi des comités d'adultes et d'enfants sont mis en place et formés pour l'analyse budgétaire pour contribuer à améliorer la gouvernance locale et la redevabilité au sein des communes.

- **Intégration de l'approche genre**

L'approche genre a été prise en compte dans le processus de mise en œuvre du projet. En effet les actions du projet étaient orientées vers les couches les plus vulnérables (TP, P). A cela s'ajoute les FEFA et les enfants de 6-23 mois des ménages. La présence des hommes dans les séances de sensibilisations sur les bonnes pratiques nutritionnelles et d'hygiène, les démonstrations d'arts culinaires, la désignation des pères et mères éducatrices ont permis aux hommes de comprendre d'avantage les difficultés que rencontrent les femmes et résoudre à les accompagner dans les différentes tâches.

### **3.14. Niveau de satisfaction des bénéficiaires**

La stratégie globale du projet a été jugée participative avec l'implication des différentes parties prenantes constituées par le haut-commissariat, les services techniques de l'agriculture, des ressources animales, de l'action sociale, du district sanitaire, les partenaires opérationnels de mise en œuvre des activités, les autorités locales, les ASBC. La collaboration entre le PASANAD et le partenaire local de mise en œuvre, les services techniques est jugé satisfaisant. Cependant, l'ECD évoque les cas de chevauchements de calendrier qui entrave souvent le bon déroulement des activités. Au niveau des ASBC, certains souhaitent encore plus d'implication en ce sens qu'il a eu des activités dont ils n'ont pas été associés et que c'est plus tard qu'ils ont été informés. Également ils évoquent l'absence de moyen de déplacements pour mener à bien leurs activités.

Selon les entretiens réalisés, les ménages bénéficiaires manifestent une satisfaction totale sur la mise en œuvre du programme, sauf le cas du cash où le récipiendaire est la femme. Certains chefs de ménages estiment qu'il était possible de les laisser prendre le cash pour le compte de leur ménage.

### 3.15. Difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du projet

Quelques difficultés ont été observées durant le processus de réalisation de l'étude. Il s'agit entre autres :

- Difficultés dans la planification des activités

Il est ressorti des entretiens que les activités du projet sont souvent planifiées sans une implication des services technique et de l'administration locale (mairie). Cela entraîne des chevauchements de calendriers entravant ainsi la bonne marche des activités.

- Plaintes de certaines personnes non bénéficiaires : Elles ne comprennent pas pourquoi certaines bénéficient et d'autres non

En effet, lors des entretiens, il est ressorti que certains bénéficiaires ne comprennent pas pourquoi certaines bénéficient des activités du programme et d'autres non. Ce qui laisse entrevoir que les ménages n'ont pas été suffisamment informés sur le processus de ciblage.

- Insuffisance de matériels

Il est ressorti dans les entretiens qu'au niveau des CSPS, il y a des manques de balances pour les ASBC, manque de foyer et de fonds pour préparer les bouillies, manque de matériels roulant surtout pour les ASBC ;

- Charge de travail élevé au niveau des agents de santé

Cette situation ne permet pas d'être efficace dans les tâches à exécutées pour le compte du projet.

- Absence de programme de prise en charge de femme enceinte souffrant de malnutrition.
- Mortalité de la volaille après la distribution et absence d'aliments volailles

De nos entretiens, il est ressorti une mortalité de la volaille après la distribution ainsi qu'un manque souvent d'aliments volaille. Cette situation a entraîné des pertes en volailles affectant ainsi négativement les moyens d'existence des ménages.

- Difficulté pour mobiliser les femmes lors des GASPA

Il est ressorti lors des discussions de groupe, une difficulté de réunir les femmes pour les activités de GASPA. Cette situation s'exacerbe en saison pluvieuse avec les travaux champêtres qui occupent plus les femmes.

- Barrière linguistique surtout pour le counselling au niveau des agents de santé ;
- Retard dans l'acquisition des micro-nutriments

Ce qui entraîne par moment le manque de micro-nutriments pour les enfants et les femmes enceintes.

### 3.16. Forces et faiblesses du programme

Le projet a connu quelques forces et faiblesses dont l'essentiel est résumé dans le tableau suivant :

Tableau 20 : Forces et faiblesses du programme

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bonne collaboration entre les partenaires de mise en œuvre</li> <li>• Équipes dynamiques</li> <li>• Le projet vient en réponse en s'attaquant aux causes de malnutrition du cadre conceptuelle</li> <li>• Le projet est en phase avec le PNDS</li> <li>• Pluridisciplinaire : Le projet agit sur plusieurs volets pour lutter contre la malnutrition dans la zone d'intervention (Sécurité alimentaire, santé Nutrition, gouvernance locale)</li> <li>• Il existe un mécanisme de redevabilité fonctionnel et innovent (monter des plaintes en temps réel à travers des tablettes, serveurs ...) mais pas connu de toutes les parties prenantes du programme notamment les bénéficiaires</li> <li>• Approche innovante : déviance positive et Introduction de la patate douce a chair orange</li> <li>• Dotation en matériels des formations sanitaires et des ASBC ainsi que des formations sur plusieurs thématiques</li> <li>• Implication actives des services de santé, des autorités communales, des services de l'élevage, de l'agriculture et de la communauté</li> <li>• Acceptation du projet par les communautés</li> <li>• L'action du programme est en adéquation avec les besoins de la zone car la zone d'intervention était 3<sup>ième</sup> en matière du taux de prévalence de la malnutrition</li> <li>• Existence des normes de qualités pour chaque activité</li> <li>• Les autorités administratives et techniques et la population ont bien adhéré au programme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalité élevée après la foire aux volailles (pseudo peste aviaire)</li> <li>• Analphabétisme de certains ASBC</li> <li>• Volet maraichage : certaines zones n'étaient pas propices au maraichage</li> <li>• Les responsables de santé ne s'impliquent pas dans la supervision des GASPA</li> <li>• Le référencement de certains enfants dans les centres de santé n'est pas pris en compte par les agents de santé</li> <li>• Le choix des bénéficiaires n'a pas été bien compris dans certaines communautés</li> <li>• Manque d'enquête CAP</li> <li>• Les travaux champêtres jouent négativement sur la participation des femmes aux activités</li> <li>• La couverture du programme dans la province est un peu faible en termes de nombre de bénéficiaires</li> <li>• La période de distribution des semences n'est souvent pas adaptée</li> <li>• Difficultés de collecte de vivres pour les démonstrations culinaires</li> <li>• Retard dans la distribution du cash et de la farine</li> <li>•</li> </ul>

- Les agents de santé participent aux activités du programme
- Tous les villages de la Léraba sont couverts par les activités de santé Nutrition
- La population assiste massivement aux activités ;
- Cash inconditionnelle qui donne le choix aux bénéficiaires d'acheter ce qu'ils veulent
- Appui des agents de santé et les ASBC pour que les femmes enceintes et les mères ciblées par le projet aient accès à un paquet de services d'ANJE de qualité (en impliquant toute la communauté), conformément au Plan Stratégique National de l'ANJE
- Introduction des AGR : aviculture et maraichage
- Sensibilisations sur la Covid 19
- Démonstrations culinaires avec les produits locaux
- Mise en place des pères éducateurs
- Association élevage agriculture (fumure organique pour le potager)
- Plus de 100% de taux de réalisation dans la formation des agents de santé et des ASBC
- Renforcement des connaissances, aptitudes et pratiques des femmes mères des enfants à travers (pratiques alimentaires, soins à donner aux enfants, hygiène, allaitement exclusif, santé maternelle et infantiles)
- Champs école paysans aux OP (vulgarisation de pratiques modernes et rentables)
- Mise en contact des élus locaux avec les comités de suivi citoyens des jeunes et d'adultes pour une redevabilité en matière de bonne gouvernance

### **3.17. Leçons apprises et bonnes pratiques**

A travers la mise en œuvre du programme PASANAD les bénéficiaires ont appris des leçons qui les ont permis d'adopter certaines bonnes pratiques.

#### **Leçons apprises**

Au titre des leçons apprises, il faut noter que :

- L'expérience des GASPA a donné du tonus dans la lutte contre la malnutrition et constitue un moyen idéal pour lutter contre la malnutrition dans la zone d'intervention du programme en ce sens qu'ils alignent formation, sensibilisation des mères pour prévenir la malnutrition et le dépistage des enfants pour détecter précocement les cas de malnutrition ;
- L'intégration des leaders communautaires des différents villages dans le processus d'opérationnalisation a permis l'adhésion de toute la population dans les activités L'implication des autorités administratives et techniques a facilité la mise en œuvre du programme ;
- Le programme a permis un partage d'expériences du staff projet du fait de son caractère multisectoriel ;
- Réunir les bénéficiaires dans les cash points permet de toucher beaucoup de bénéficiaires en un temps record, et évite aux bénéficiaires de parcourir pas plus 5km ;
- L'évaluation participative des voies d'accès avant la distribution permet à la communauté de proposer des voies de contournement pour accéder aux sites de distribution ;
- La période de distribution en période de soudure coïncide avec l'épuisement des greniers, donc distribuer le cash à cette période permet aux ménages de ne pas brader le peu de récoltes restant ;
- L'implication des services technique dans l'organisation de la foire permet d'obtenir une réussite totale de l'activité à travers le choix des fournisseurs et de l'inspection de la qualité des semences à exposer ;
- Le soutien des leaders communautaire est un aspect qui facilite la mobilisation des intrants par les femmes pour les démonstrations ;
- Une bonne collecte de données durant le diagnostic communautaire et de façon exhaustive dans les villages garantit une acceptation par les communautés de la situation de leur connaissance sur leurs pratiques nutritionnelles. Et au besoin de la nécessité de leur apporter de meilleure connaissance dans un cadre communautaire
- Le partage des résultats du diagnostic communautaire facilite la participation des communautés à mettre en place les GASPA (local, autorisations des maris, soutien des leaders communautaire) ;
- La mise en place des GASPA nécessite une formation des agents de santé à base communautaire et leur dotation en matériel afin que leur rôle ne se limite pas qu'à de la simple sensibilisation ;
- Les belles-mères et pères constituent un moyen de mobilisation car ces personnes sont beaucoup écoutées au sein de la communauté



- Le fait d'exiger que les épouses des chefs de ménages soient récipiendaires du cash permet l'amélioration des conditions de vie du ménage dans son ensemble et des enfants en particulier ;
- Les formations ont révélé le rôle énorme que peut jouer les ASBC dans la lutte contre la malnutrition dans son ensemble ;
- Grâce aux formations les bénéficiaires sont habilités à faire des counselings individuels et des causeries de groupe et par ricochet amélioré la qualité des prestations dans le counseling, de dépistage, la prise en charge des malnutris.
- la prise en compte des réalités de la zone d'intervention, des besoins des populations et avoir leur accompagnement impactent positivement la mise en œuvre du projet ainsi que les résultats ;
- Maitrise des techniques d'élevage de la volaille ;
- Important pour les femmes de fréquenter les centres de santé ;
- Maitrise des techniques d'arts culinaires permettant de lutter contre la malnutrition ;
- Amélioration des conditions vie des ménages grâce aux différentes actions du projet ;
- L'apprentissage à travers des groupes de discussion est une meilleure école ;
- Bonne maitrise des techniques agricoles dans la production maraichère ;
- Pluridisciplinarité des acteurs du projet qui est une très bonne approche ;
- Maitrise de la stratégie de mobilisation des ressources locales ;

### **Bonnes pratiques**

- La mise en place des GASPA ;
- L'existence des mamans leaders dans les villages permet le bon fonctionnement des GASPA. Il serait intéressant donc de former les mères d'enfants dans chaque groupe GASPA sur le dépistage de la malnutrition à travers le PB ;
- L'implication des services de l'élevage pour le suivi sanitaire de la volaille a permis de résoudre les soucis techniques des acteurs afin de minimiser les pertes liées à la non maitrise de certains équipements (les couveuses par exemple) ;
- La mise en quarantaine, le déparasitage et la vaccination des poules avant la distribution permet de limiter les contaminations de la volaille par la pseudopeste aviaire et contribue à réduire la mortalité après les distributions ;
- L'implication du laboratoire pour le diagnostic de la pseudo peste aviaire permet de détecter et de traiter précocement les cas positifs afin de minimiser les pertes liées à la mortalité de la volaille ;
- Le don de kit de construction de poulailler aux bénéficiaires a permis la construction des poulaillers pour abriter les volailles ;
- L'implication des accompagnants dans les causeries permet de diffuser le message à un grand nombre de personne ;
- La démonstration culinaire dans les centres de santé, le suivi des activités communautaires par les agents de santé permet aux femmes d'acquérir des connaissances qu'elles peuvent répliquer dans leur ménage ;

- Pluridisciplinarité des acteurs de mise en œuvre services techniques (Santé, agriculture, élevage, action sociale), autorités administratives, organisation professionnelle à base communautaire permet d'être plus efficace dans l'intervention ;
- La formation des pères éducateurs qui permet de reproduire les bonnes pratiques, etc.
- La contribution aux dépenses dans les foyers a entraîné beaucoup de solidarité et de cohésion dans les ménages ;
- Formation des élus locaux sur la mobilisation des ressources locales ;
- Le suivi des activités communautaire par les agents de santé permet d'améliorer la qualité de service des ASBC ;
- L'implication des ASBC dans les activités ;
- Les théâtres et projections vidéo permettent de retenir facilement le message
- Les messages de sensibilisations diffusés en langue locale à la radio permettent de toucher une proportion importante de la population ;
- Les pratiques ANJE au sein des ménages (Mise au sein précoce, allaitement maternel exclusif jusqu'a 6 mois, l'allaitement complémentaire du nourrisson de 6 jusqu'a 23 mois...) permettent de rehausser les indicateurs ANJE et de lutter ainsi contre la malnutrition.

## CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude, on note que l'impact du Programme d'Appui à la Sécurité alimentaire et Nutritionnelle, à l'Agriculture Durable et à la résilience (PASANAD) dans le District Sanitaire de Sindou mise en œuvre par Save The Children reste visible sur les bénéficiaires tant au niveau des connaissances que des pratiques. Cependant nous observons une tendance générale à la baisse par rapport à la midline attribuable à l'arrêt des activités. En effet, le niveau de connaissance en ANJE a légèrement baissé partant de 78,54% à 73,87%. Quant aux pratiques d'ANJE comme l'allaitement exclusif et l'alimentation minimum acceptable les baisses sont respectivement de 75,40% à 45,3 % et de 29,09% à 23,1%. Au niveau de la gouvernance en faveur d'une meilleure prise en compte de la nutrition par les acteurs, 4 mairies (Sindou, Ouéléni, Wolonkoto, Niankorodougou) ont déclaré avoir intégré l'ANJE dans leurs plans communaux avec un budget alloué aux activités relatives. Cependant, ces mairies déclarent avoir toujours besoins de formations spécifique sur l'ANJE.

Au niveau des centres de santé, l'équipe cadre de District indique qu'elle dispose d'un programme PISA et que tous les 33 centres de santé du District Sanitaire (DS) mettent en œuvre le PISA conformément au plan de passage à l'échelle de l'ANJE. Aussi 66 agents de santé ont été formés sur l'ANJE, sur l'alimentation des femmes enceintes ou allaitantes et sur la promotion de l'hygiène et l'assainissement des ménages. On note également que 160 agents sont formés et capables de fournir des sessions de counseling individuel pendant les offres de services de consultations prénatales, post natales, etc. et de causeries de groupe sur l'ANJE et la promotion de l'hygiène dans les centres de santé.

Pour ce qui est de la consommation, il ressort que la proportion des ménages ayant une consommation alimentaire acceptable est de 55,83% contre 56 % à la midline. La proportion des ménages ayant une diversité alimentaire acceptable est de 81,9% contre 89,1% à la midline. La diversité alimentaire acceptables est en légère dégradation par rapport à la situation de midline

expliquée d'une part par la période de collecte (début de soudure) et d'autres part par la saisonnalité en termes de disponibilité de certains produits et la hausse généralisée des prix des produits alimentaires. Globalement, dans la zone d'étude, on note que 23% sont sécurité alimentaire contre 66,4% des ménages en midline et 26% des ménages à la baseline. Cela indique une dégradation de la situation alimentaire expliquée par le déficit céréalier constaté lors de la dernière campagne agricole, la hausse exceptionnelle des prix des denrées de base, la période de soudure ainsi que la conjoncture internationale. En termes de stratégies d'adaptations, l'analyse révèle qu'environ 62% des ménages n'ont pas adopté de stratégies dommageables de leur moyen d'existence et la proportion des ménages ayant un CSI inférieur ou égal à 10 est de 92%. Ce qui traduit une adoption faible par les ménages des stratégies de stress alimentaire. Près de 66% des ménages n'ont pas ressenti la faim sur la période de référence.

Pour l'hygiène l'étude a montré que 68,40% de ménages disposent de dispositifs de lavage de mains et 86,5 % des FEFA utilisent de l'eau et du savon pour se laver les mains mais de façon courante, 62,9% se lavent régulièrement les mains au savon. Cependant la pratique du lavage des mains par les femmes enceintes ou allaitantes aux cinq moments clés a connu une rechute. A ce sujet, l'étude a révélé qu'aucune femme ne pratique de façon simultanée le lavage des mains pour tous les cinq (05) moments clés, exactement comme à la baseline contre 39,14% à la midline.

Au niveau de la satisfaction, les bénéficiaires manifestent leur satisfaction totale aux réalisations du programme. Cependant, l'ECD estime que les activités sont planifiées sans qu'il ne soit impliqué. Elle évoque les cas chevauchements de calendrier qui se justifie par le fait que toute la planification et les décisions viennent du PASANAD et sans forcément leur implication. Au niveau des ASBC, certains souhaitent encore plus d'implication en ce sens qu'il a eu des activités dont ils n'ont pas été associés et que c'est plus tard qu'ils ont été informés. Également ils évoquent l'absence de moyen de déplacements pour mener à bien leurs activités.

L'analyse des performances globales selon les critères d'évaluation indique que le programme est pertinent et répond aux besoins prioritaires des bénéficiaires (ménages, centre de santé, ASBC, OP, etc.). Il a été efficace dans l'atteinte des résultats et objectifs visés.

Au regard des résultats de l'étude, un certain nombre de recommandations sont formulées pour orienter la mise en œuvre de projet similaires dans le district sanitaire. Il s'agit entre autres de :

#### **Pour Save The Children et ICPC**

- Prendre en compte tous les hameaux de culture dans le processus de ciblage afin d'éviter les plaintes des communautés en lien avec l'exclusion des personnes potentiellement vulnérables dans ces hameaux de culture ;
- Renforcer la communication sur les critères de ciblage avec les communautés pour éviter des incompréhensions de la population sur ces critères ;
- Renforcer le mécanisme de redevabilité à travers la dynamisation des comités de plainte, la mise en place d'une base de données des plaintes et le traitement des plaintes enregistrées et combler le manque de système de redevabilité dans les activités de santé nutrition ;
- Définir la stratégie de mise en œuvre de la mise en place de foyer de déviance positive et du fond de contingence de concert avec les autorités locales (mairies) permettant de garantir la durabilité de ces activités après le programme ;

- Renforcer la communication avec les mairies dans le cadre de la mise en œuvre des activités du programme pour renforcer et établir le lien entre les comités citoyens mise en place et les mairies et améliorer la prise en compte de l'ANJE dans les PCD ;
- Poursuivre le renforcement des compétences des agents de santé sur le PISA ;
- Étudier la possibilité de doter le district sanitaire en moyens de déplacement (motos) pour faciliter les missions de supervision ;
- Allouer des ressources propres au district sanitaire pour la mise en œuvre des activités du programme ;
- Assurer la dotation en intrant, les supports d'animation, de collecte et d'analyse des données et définir un bon circuit de transmission et d'analyse des données ;
- Prévoir les micronutriments pour les enfants et rendre disponible les intrants pour les démonstrations culinaires lors de GASPA et la prise en charge des malnutris
- S'assurer d'une participation de toutes les parties prenantes aux instances de planification et de mise en œuvre ;
- Réaliser des points d'eau pour le maraichage car il y a des zones qui ne sont pas propices à la production maraichère par manque d'eau (tarissement précoce des points d'eau en période de campagne sèche) ;
- Reconditionner les semences lors des prochaines foires pour permettre aux bénéficiaires d'acheter un peu de tout (diversification) ;
- Organiser les foires aux volailles par commune en achetant la volaille sur place pour les bénéficiaires pour contribuer à réduire la mortalité et l'adaptation des espèces distribuées au contexte ;
- Appuyer les communes dans la mise en œuvre du plan de passage à l'échelle de l'ANJE
- Revoir à la hausse le nombre de bénéficiaires ;
- Mobiliser les vivres pour les démonstrations des GASPA ;
- Elargir le domaine d'intervention du projet en prenant en compte le secteur WASH ;
- Prise en compte des leçons et des bonnes pratiques pour des projets similaires ;
- Assurer une prise en charge adéquate des ASBC.

#### **Pour l'équipe cadre de district**

- Encourager les agents de santé à améliorer davantage la pratique de la mise au sein précoce ;
- Étudier la possibilité que les agents formés par CSPS puissent restituer leur formation aux autres agents non formés dans chaque CSPS au regard de l'insuffisance de compétences des agents de santé sur la vulgarisation des pratiques d'ANJE ;
- Mettre en place un mécanisme permettant d'inclure dans le briefing des nouveaux agents affectés des modules sur le PISA que les agents formés peuvent utiliser pour former les nouveaux arrivés au regard de la mobilité des agents due aux concours professionnels ;

#### **Pour les centres de santé**

- Sensibiliser les mères sur les principes de l'alimentation des enfants de 6 à 23 mois lors des consulting individuels ;

- Avoir une attention particulière sur les cas des enfants de 6 à 23 mois non allaité pendant les sensibilisations pour améliorer la qualité de leur alimentation ;

#### **Pour les ASBC**

- Impliquer les époux et les grandes mères dans les séances de sensibilisation sur les pratiques d'ANJE ;
- Sensibiliser les maris des femmes qui participent aux GASPA sur le bien-fondé des GASPA et l'utilisation qui est faite des vivres lors des séances d'animation des ASBC dans les GASPA ;
- Sensibiliser sur la diversification alimentaire pour renforcer la consommation des groupes de produits faiblement consommés actuellement par les ménages.

#### **Pour les Organisations Paysannes**

- Poursuivre la formation à leur membre sur les techniques de production et d'élevage pour renforcer les capacités productives de façon durable ;
- Améliorer la collaboration entre les organisations paysannes.

#### **Pour les services techniques (agriculture, élevage, action sociale)**

- Fournir à temps les rapports d'activités mentionnant le niveau d'exécution, les difficultés rencontrées ainsi que les solutions apportées.

#### **Pour les mairies**

- Considérer l'ANJE comme une priorité dans les prochains Plans communaux de développement dans toutes les communes.

## **BIBLIOGRAPHIE**

- ❑ Rapport Enquête nutritionnelle SMART Burkina Faso 2019
- ❑ Rapport Enquête nutritionnelle SMART Burkina Faso 2021
- ❑ Rapport AN 3 PASANAD aout 2021
- ❑ Rapport analyse Baseline PASANAD
- ❑ Rapport analyse Midline PASANAD
- ❑ OMS. (2007) : Indicateurs pour évaluer les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant
- ❑ UNICEF 2012 : Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
- ❑ Protocole national PCIMA (2014) : Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë (PCIMA), Burkina Faso
- ❑ Plan de passage à l'échelle ANJE (2014) : Plan de passage à l'échelle de la promotion des pratiques optimales d'Alimentation du Nourrisson et du Jeune enfant au Burkina Faso (2013 - 2025)
- ❑ Journée mondiale du lavage des mains (2015) : Guide du Planificateur Juillet 2015
- ❑ Programme WASH in Nut : Livret de messages ; Counseling communautaire pour l'introduction des pratiques liées à l'eau, l'hygiène et l'assainissement dans les programmes nutritionnels

## **ANNEXES**

### **Annexe 1 : Outils de collecte des données**



Outils de collecte\_revu\_finaux.zip

### **Annexe 2 : Cadre logique**