



Evaluation Décentralisée

**Evaluation du Programme de Traitement de la Malnutrition Aiguë
Modérée dans les provinces de Cankuzo, Kirundo, Ngozi et Rutana**

2016 - 2019

Rapport d'Evaluation

Rapport Final, 22 mai 2020

PAM du Burundi

Gestionnaire de l'évaluation : Gabrielle Tremblay

Préparé par

Camille Eric Kouam, Chef d'équipe

Aziz Goza, Expert en Recherche Quantitative



REMERCIEMENTS

L'équipe d'évaluation souhaite remercier Gabrielle Tremblay pour avoir facilité le processus d'évaluation, particulièrement la mission de démarrage et de collecte des données au Burundi. L'équipe tient également à remercier Patricia Papinutti, Micheal Ohiarlaithe, Séverine Giroud, Gaston Nkeshimana, Jean Baptiste Niyongabo, Barihuta Leonidas, toute l'équipe nutrition et les autres départements du bureau Pays du Programme Alimentaire Mondial (WFP)¹ à Bujumbura et dans les provinces de Cankuzo, Kirundo, Ngozi, Ratana et Gitega pour leur précieux temps, les documents, les données et les informations mis à notre disposition pour faciliter le développement de ce rapport.

L'équipe d'évaluation souhaite aussi remercier les autorités gouvernementales, les agences des Nations Unies, les organisations non-gouvernementales et bailleurs de fonds, ainsi que les responsables et agents de santé, les mamans lumières, les femmes enceintes et allaitantes, ainsi que les parents d'enfants de moins de cinq ans qui ont accepté de nous rencontrer. Notre gratitude va également à l'encontre du groupe de référence de l'évaluation et du comité d'évaluation pour les commentaires pertinents qui ont permis d'améliorer la qualité de ce rapport, dont notre souhait est qu'il soit utile pour guider les prochains cycles de planification du programme de traitement de la MAM au Burundi.

CLAUSE DE NON-RESPONSABILITE

Les opinions exprimées dans ce rapport sont celles de l'Equipe d'évaluation, et ne reflètent pas nécessairement celles du WFP. La Responsabilité des opinions exprimées dans ce rapport appartient uniquement à ses auteurs. La publication de ce document ne signifie pas que WFP appuie les opinions exprimées.

Les dénominations utilisées et la présentation de matériel dans les cartes n'implique en aucun cas l'expression d'opinion de la part de WFP en ce qui concerne le statut juridique ou constitutionnel de tout pays, territoire, ou zone maritime, ou en ce qui concerne la délimitation des frontières.

¹ Tout au long du rapport, l'acronyme WFP (version en anglais) a été utilisée pour désigner le Programme Alimentaire Mondial (PAM)

Table des matières

Résumé Exécutif	v
1. Introduction	1
1.1. Vue d'ensemble du sujet de l'évaluation	1
1.2. Contexte	3
1.3. Méthodologie de l'évaluation et limitations.....	5
2. Résultats de l'Évaluation	10
2.1 Critère d'évaluation 1 – Pertinence.....	10
2.2 Critère d'évaluation 2 – Cohérence.....	13
2.3 Critère d'évaluation 3 – Efficacité.....	14
2.4 Critère d'évaluation 4 – Efficience.....	24
2.5 Critère d'évaluation 5 – Impact	30
2.6 Critère d'évaluation 6 – Durabilité	34
3. Conclusions et Recommandations	38
3.1 Revue générale/conclusions	38
3.2 Leçons retenues et bonnes pratiques.....	39
3.3 Recommandations	40
ANNEXES	46
Annexe 1. Termes de Référence	47
Annexe 2. Carte.....	73
Annexe 3. Matrice d'évaluation	74
Annexe 4. Théorie du changement construite pour guider l'évaluation du traitement de la MAM dans les provinces de Cankuzo, Kirundo, Ngozi et Rutana au Burundi.....	89
Annexe 5. Documents consultés	90
Annexe 6. Parties prenantes interviewées	95
Annexe 7. Centres de santé sélectionnés pour la collecte des données	98
Annexe 8. Outils de collecte de données.....	99
Annexe 9. Résultats complémentaires - Efficacité	120
Annexe 10. Résultats complémentaires - Efficience.....	130
Annexe 11. Bibliographie.....	132
LISTE DES ACRONYMES.....	135

Tableaux

Tableau 1. Subvention annuelle des fonds de l'alimentation pour la paix (FFP)	2
Tableau 2. Limites de l'évaluation et mesures d'atténuation	8
Tableau 3. Cartographie des politiques/plans sanitaires au Burundi et leurs liens avec la nutrition..	10

Tableau 4. Quantités moyennes de PlumpySup (kg) distribuées par enfant de moins de 5 ans de 2016 à 2019	18
Tableau 5. Quantité moyenne CSB++ distribuée par FEFA de 2016 à 2019	18
Figure 4. Tendances du financement du programme de traitement de la MAM durant la période 2016 à 2019	25
Tableau 6. Écart entre le taux de décaissement réel versus prévu durant la période de mise en œuvre du programme de 2016 à 2019 (%).....	26
Tableau 7. Dépenses par catégories effectuées pour le programme de traitement de la MAM durant la période de 2016 à 2019 (en \$).....	27
Tableau 8. Coût par bénéficiaire (enfants < 5 ans ou FEFA) admis/ traité et par bénéficiaire guéri (en \$)	27
Tableau 9. Vue générale du niveau d'intégration du traitement de la MAM dans chaque pilier du système de santé	36
Tableau 10. Centres de santé sélectionnés pour la collecte des données quantitatives secondaires dans les provinces de Ngozi et Rutana	98
Tableau 11. Centres de santé sélectionnés pour la collecte des données primaires qualitatives (échantillonnage raisonné).....	98
Tableau 12. Fiche de collecte des indicateurs de performances	99
Tableau 13. Fiche de collecte des données : admission SST, STA, SSN.....	100
Tableau 14. Fiche de collecte des données : périmètre brachial (PB) à l'admission STA et SSN ...	101
Tableau 15. Fiche de collecte des données : PB à la sortie (abandon) STA et SSN.....	102
Tableau 16. Fiche de collecte des durées de séjour avant guérison STA et SSN.....	103
Tableau 17. Fiche de collecte du type de référence STA et SSN.....	103
Tableau 18. Fiche de collecte des données : abandon SST, STA, SSN	104
Tableau 19. Fiche de collecte des durées de séjour avant abandon STA et SSN.....	104
Tableau 20. Test de Chi2 pour comparer les données des bases de données et des registres	126
Tableau 21. Montant réel dépensé versus planifié en 2016 (en \$)	130
Tableau 22. Montant réel dépensé versus planifié en 2017 (en \$)	130
Tableau 23. Montant réel dépensé versus planifié en 2018 (en \$).....	131
Tableau 24. Montant réel dépensé versus planifié en 2019 (en \$).....	131

Figures

Figure 1. Bénéficiaires prévus contre ceux réellement pris en charge de 2016 à 2019	2
Figure 2. Indicateurs de performance pour les quatre provinces de 2016 à 2019	20
Figure 3. Comparaison du nombre d'admissions MAM pour les moins de 5 ans entre les bases de données DHIS2 (WFP) et les registres dans 20 CdS.	23
Figure 5. Périmètre brachial à l'admission	29
Figure 6. Évolution de la prévalence de la malnutrition aiguë globale de 2016 à 2019 dans les quatre provinces soumises à l'étude et au niveau national.....	31
Figure 7. Évolution de la prévalence de la malnutrition aiguë modérée de 2016 à 2019 dans les quatre provinces de l'étude et au niveau national	32
Figure 8. Couverture géographique des SSN par province	120
Figure 9. Couverture de traitement par province et par année pour les enfants de moins de 5 ans.	120
Figure 10. Couverture de traitement par province et par année pour les FEFA	121
Figure 11. Évolution du nombre de cas MAM pour les moins de 5 ans pour la province de Cankuzo de 2017 à 2019	121
Figure 12. Évolution du nombre de cas MAM pour les moins de 5 ans pour la province de Ngozi de 2016 à 2019.....	122

Figure 13. Évolution du nombre de cas MAM pour les moins de 5 ans pour la province de Rutana de 2016 à 2019	123
Figure 14. Évolution du nombre de cas MAM pour les moins de 5 ans pour la province de Kirundo de 2017 à 2019	124
Figure 15. Tendances des admissions annuelles totales des FEFA et des enfants de moins de 5 ans	124
Figure 16. Durée de séjour avant guérison (nombre de visites hebdomadaires)	125
Figure 17. Quantités de PlumpySup distribuées par province et par année.....	125
Figure 18. Quantités de CSB++ distribuées versus planifiées par province et par année.....	126
Figure 19. Carte montrant les 10 centres de la province de Ngozi sélectionnés pour la collecte des données primaires	129

Boîtes

Boîte 1. Résultats Clés – Pertinence.....	13
Boîte 2. Résultats Clés – Cohérence	14
Boîte 3. Résultats Clés – Efficacité.....	23
Boîte 4. Résultats Clés – Efficience.....	30
Boîte 5. Résultats Clés – Impact	34
Boîte 6. Résultats Clés – Durabilité	37

Cartes

Carte 1. Zones d'intervention (quatre provinces) du traitement de la MAM financé par FFP au Burundi	73
---	----

Résumé Exécutif

Sujet de l'évaluation

E1. Il s'agit d'une évaluation d'activité commandée par le bureau de pays du Programme Alimentaire Mondial (WFP) au Burundi. Cette évaluation s'est déroulée de septembre 2019 à mai 2020. Elle a couvert le programme de traitement de la malnutrition aiguë modérée (MAM) mise en œuvre dans les provinces de Cankuzo, Kirundo, Ngozi et Rutana durant la période 2016 à 2019, en faveur des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes et femmes allaitantes (FEFA). L'évaluation a été conduite afin d'atteindre les deux objectifs de *Redevabilité* et d'*Apprentissage*.

E2. Les utilisateurs prévus pour cette évaluation incluent WFP, l'UNICEF, l'OMS et les autres agences des Nations Unis, le bailleur de fond Food for Peace (FFP), le gouvernement du Burundi et les organisations non-gouvernementales (ONG) nationales et internationales impliquées dans la prévention et le traitement des différentes formes de malnutrition dans le pays.

Contexte

E3. Le Burundi est un pays situé en Afrique de l'Est, se classant 185 sur 189 selon l'indice du développement humain en 2019. Avec une population estimée à 11,7 millions d'habitants en 2017, le Burundi a la deuxième plus forte densité de population en Afrique subsaharienne avec plus de 400 habitants par kilomètre carré. Plus de 65% de la population vit sous le seuil national de pauvreté estimé à 1,90 \$ par jour.

E4. La prévalence de la malnutrition aiguë globale oscille entre 5 et 8%, avec des poches de prévalence supérieures à 10% dans certaines localités. Dans les provinces de Cankuzo, Kirundo, Ngozi et Rutana, les prévalences de la MAM sont respectivement de 4.9, 5.2, 3.4 et 4.3%. À l'échelle mondiale, le pays a le niveau le plus élevé de malnutrition chronique, avec un taux de prévalence actuel de 56%.

E5. Bien que le ratio garçons/filles au niveau primaire soit égal à 1, le taux de déperdition scolaire est plus élevé pour les filles que les garçons entre autres à cause de grossesses contractées pendant la scolarité. Environ 16% des femmes en âge de procréer sont atteintes de Déficience Énergétique Chronique (DEC), les adolescentes de 15 à 19 ans et les femmes de 40 à 49 ans étant légèrement plus susceptibles d'être atteintes. En dépit des progrès enregistrés en matière de participation des femmes à la vie politique du pays, les inégalités de genre demeurent importantes. Ces disparités entre les sexes affectent la sécurité alimentaire des ménages au Burundi.

E6. Les efforts déployés par le Gouvernement Burundais pour trouver des solutions à long terme aux problèmes d'insécurité alimentaire et nutritionnelle dans le pays se traduisent par la disponibilité de politiques pertinentes, l'adhésion aux initiatives internationales comme le mouvement Scale Up Nutrition (SUN) et la lutte contre la pauvreté.

E7. La vision à long terme de WFP au Burundi étant de soutenir les efforts du gouvernement pour atteindre les objectifs de développement durable, l'organisation a pour objectif de remodeler le système alimentaire au Burundi en promouvant une approche multisectorielle et systémique d'accès et d'utilisation des aliments. La famille des Nations Unies, les ONG internationales et nationales, ainsi que les organismes gouvernementaux collaborent pour la mise en œuvre d'un paquet complet d'interventions nutritionnelles et le renforcement des capacités gouvernementales en matière de nutrition.

Méthodologie

E8. L'évaluation a été conçue pour évaluer le programme de traitement de la MAM selon des critères de pertinence, de cohérence, d'efficacité, d'impact et de durabilité. Des questions d'évaluation ont été ensuite développées pour chacun de ces critères. L'évaluation a suivi les codes de conduite, le guide d'éthique, les directives, les normes et standards du Groupe d'Évaluation des

Nations Unies (UNEG), et elle a intégré de manière spécifique les droits humains, le genre et l'équité sous chaque critère et question d'évaluation, ainsi que les outils de collecte des données.

E9. Afin de répondre à ces questions, l'équipe d'évaluation a utilisé une combinaison de méthodes qualitatives et quantitatives afin de trianguler l'information obtenue grâce à 1) une analyse documentaire et des données secondaires quantitatives et 2) une collecte de données primaires qualitatives utilisant trois techniques : a) des entretiens individuels semi-structurés avec des informateurs clés ; b) des discussions de groupes (FGD) ; et c) l'observation directe des opérations de traitement de la MAM.

E10. La collecte des *données quantitatives secondaires* s'est effectuée dans 20 centres de santé sélectionnés au hasard (échantillonnage aléatoire simple) dans les provinces de Ngozi et Rutana, tandis que celle des *données qualitatives primaires* s'est déroulée dans quatre provinces abritant huit centres de santé sélectionnés en utilisant une approche d'échantillonnage raisonnée. La collecte des données quantitatives s'est faite dans deux des quatre provinces à cause du budget limité de l'évaluation. Néanmoins les données quantitatives collectées dans les 20 centres de santé des deux provinces ont été suffisantes pour faire des conclusions et recommandations pertinentes pour l'évaluation. La collecte des données s'est déroulée du 15 au 31 janvier 2020 dans les quatre provinces.

E11. Les limitations incluent la non-disponibilité des données désagrégées selon le sexe et les groupes d'âges et la localité, ainsi que l'absence des données sur les activités de prévention et de dépistage; mais des mesures ont été prises afin de les atténuer, incluant la conduite des analyses sur des données agrégées, et la prise en compte de données qualitatives seulement en l'absence de données quantitatives.

Résultats Clés

E12. Les résultats clés de l'équipe d'évaluation sont résumés ci-dessous, structurés selon des critères d'évaluation, tout en indiquant le type et la fiabilité des preuves et en appuyant chaque résultat.

Critère d'évaluation 1 – Pertinence

E13. Le programme de traitement de la MAM répond aux priorités du gouvernement et aux attentes des bénéficiaires. Il est mis en œuvre en conformité aux politiques et protocoles nationaux. Cependant, avec la réduction significative de la prévalence de la malnutrition aiguë et le maintien de prévalence élevée de malnutrition chronique, il est important de combiner le traitement de la MAM avec les interventions de prévention afin d'optimiser les résultats sur le retard de croissance dans le pays. D'autres catégories de bénéficiaires, tels que les handicapés physiques et mentaux, les orphelins et enfants de la rue devraient être pris en charge par le programme (dans le cadre par exemple de la protection sociale), car ils font aussi partie des couches les plus vulnérables de la société. Les modalités actuelles de mise en œuvre du programme (passer presque toute la journée au centre de santé (CdS) le jour de distribution) constituent un risque sécuritaire pour certaines FEFA et mères d'enfants bénéficiaires du programme.

Critère d'évaluation 2 – Cohérence

E14. Il n'existe pas de coordination étroite entre les bailleurs et les différents secteurs pour la planification et la mise en œuvre des interventions sensibles à la nutrition. Le continuum des soins entre la malnutrition aiguë sévère (MAS) et MAM et des foyers d'apprentissage et de réhabilitation nutritionnelle (FARN) aux services de supplémentation nutritionnelle (SSN) se déroulent dans les quatre provinces, de même que la continuité entre les activités de traitement et de prévention dans les provinces de Kirundo et Ngozi, grâce à la collaboration entre WFP, l'UNICEF et les ONG, appuyant les activités de prévention dans la communauté.

Critère d'évaluation 3 – Efficacité

E15. La couverture géographique du programme est de 100% dans les quatre provinces. En dehors de l'année 2016 où les admissions étaient faibles en raison du démarrage timide du programme, les

taux d'admissions étaient proches des prévisions et ont même dépassé les attentes durant l'année 2017 en particulier. Il existait une cohérence entre la progression du nombre d'enfants et de FEFA admis au programme et les quantités de PlumpySup et Corn Soya Blend (CSB)++ distribuées au fil du temps. Il existait également une variation annuelle saisonnière des admissions avec des pics d'admissions qui correspondaient aux pics des maladies infantiles et de la période de soudure dans les provinces de Cankuzo, Ngozi et Rutana. La durée médiane de séjour des enfants admis au programme jusqu'à guérison était de 6 semaines. Pour l'ensemble des provinces, les indicateurs de performance étaient supérieurs aux exigences des normes du protocole national de prise en charge de la malnutrition du Burundi (taux de guérison > 70%, taux de décès < 3%, taux d'abandon < 15%), ce qui est en faveur de l'efficacité du programme. Cependant, l'analyse effectuée sur les données a indiqué certains problèmes de qualité qui doivent être pris en compte lors de l'interprétation des données sur l'efficacité du programme. La disponibilité des suppléments alimentaires constituait un élément d'attraction important pour les bénéficiaires. Cependant les résultats négatifs inattendus incluaient les grossesses rapprochées (province de Kirundo), le partage en famille des suppléments alimentaires, ainsi que les ventes illicites de ces suppléments. L'irrégularité des suivis et supervisions des activités du programme ont été sources d'une faible qualité dans les services délivrés, impactant sur la tenue des registres et des fiches individuelles, et la fiabilité des données transmises.

Critère d'évaluation 4 – Efficience

E16. Le temps écoulé entre la commande et la livraison des suppléments alimentaires était d'environ six mois. Cette longue durée a créé un écart dans le démarrage effectif du traitement de bénéficiaires admis au programme. La 'non-implication' des agents de santé gouvernementaux dans l'estimation des besoins en suppléments alimentaires a occulté la prise en compte des facteurs locaux ayant entraîné un nombre d'admissions supérieur aux attentes, tel qu'observé en 2017. Les principales causes de ruptures de stocks incluaient les capacités de stockage insuffisantes des centres de santé un nombre de bénéficiaires dépassant les attentes, ainsi que la vente illicite des suppléments alimentaires et l'admission des cas de MAS dans le programme de traitement de la MAM (critères d'admission pas toujours bien respectés). Les coûts opérationnels se rapportant aux suppléments alimentaires représentaient le plus important poste de dépenses (67,4%) du programme de traitement de la MAM au Burundi durant la période de 2016 à 2019. Selon les calculs de l'équipe d'évaluation sur la base des données fournies par WFP, le coût moyen par bénéficiaire admis était de 24 \$ et de 26 \$ par bénéficiaire guéri. L'utilisation de la chaîne nationale d'approvisionnement ou l'achat de suppléments alimentaires produits dans les pays voisins aurait permis de réduire les coûts du programme et de prendre en charge un nombre plus important de bénéficiaires.

Critère d'évaluation 5 – Impact

E17. L'intrication entre le programme de traitement de la MAM et les interventions de prévention a permis de réduire et de maintenir à un taux bas la prévalence de la malnutrition aiguë dans la province de Kirundo. L'inclusion des hommes durant la délivrance des messages de sensibilisation a permis à ceux-ci de mieux comprendre l'importance de leur rôle dans la nutrition familiale et du soutien qu'ils doivent apporter à leurs épouses enceintes ou allaitantes, ainsi qu'à leurs enfants. La planification n'était pas conjointe, ce qui n'a pas favorisé l'appropriation du programme. Les capacités gouvernementales doivent être renforcées au niveau national, des provinces et des districts pour la conception, la budgétisation et la recherche/mobilisation de financements pour le programme de traitement de la MAM et les autres programmes de nutrition en général.

Critère d'évaluation 6 – Durabilité

E18. A l'exception du système d'information sanitaire, l'intégration du programme de traitement de la MAM dans le système de santé est en général partielle. Il reste à faire des efforts majeurs pour le financement du programme par les autorités gouvernementales, ainsi que pour le renforcement de la chaîne nationale d'approvisionnement de la centrale d'achat des médicaments du Burundi (CAMEBU). Le renforcement des capacités de la plateforme multisectorielle est important pour pérenniser les acquis du programme, tant au niveau institutionnel que des communautés. Grâce aux messages de sensibilisation reçus, les mères d'enfants de moins de 5 ans et les FEFA ont modifié

positivement les habitudes alimentaires dans leurs ménages, malgré les difficultés financières qu'elles éprouvent pour se procurer tous les aliments nécessaires pour préparer des repas équilibrés.

Conclusions Générales

E19. En réponse *au premier critère d'évaluation*, l'équipe d'évaluation a conclu que le programme de traitement de la MAM demeure pertinent dans le contexte du Burundi. Combiner le programme de traitement de la MAM aux actions préventives est primordial pour des résultats à long terme sur les populations cibles. Les modalités actuelles de mise en œuvre du programme (passer presque toute la journée au centre de santé (CdS) le jour de distribution) constituent un risque sécuritaire pour certaines FEFA et mères d'enfants bénéficiaires du programme.

E20. En réponse *au deuxième critère d'évaluation*, l'équipe d'évaluation a conclu que le programme est compatible avec les autres interventions spécifiques à la nutrition mises en œuvre dans les quatre provinces grâce à la collaboration entre WFP, l'UNICEF et les ONG qui traitent la malnutrition aiguë. Cependant, la coordination avec les secteurs sensibles à la nutrition durant la phase de planification et de mise en œuvre demeure insuffisante.

E21. En réponse *au troisième critère d'évaluation*, l'équipe d'évaluation a conclu que la bonne couverture géographique du programme au sein des quatre provinces a facilité l'accès aux services. La bonne collaboration entre WFP, l'UNICEF et les ONG appuyant les activités de prévention pourront faciliter le continuum des soins entre MAS et MAM, et entre le traitement de la MAM et les interventions de prévention. Malgré les faiblesses liées aux erreurs d'admissions et aux ruptures de stocks de suppléments alimentaires, la performance du programme était bonne dans les quatre provinces.

E22. En réponse *au quatrième critère d'évaluation*, l'équipe d'évaluation a conclu que l'anticipation de la commande et la livraison des suppléments alimentaires auraient amélioré l'efficacité du programme, de même que son intégration étroite avec les autres programmes spécifiques et sensibles à la nutrition. Aussi, l'achat des suppléments alimentaires produits dans les pays voisins aurait permis d'améliorer les coûts du programme et de prendre en charge un nombre plus important de bénéficiaires.

E23. En réponse *au cinquième critère d'évaluation*, l'équipe d'évaluation a conclu que la mise en œuvre conjointe du programme de traitement de la MAM et des interventions de prévention a produit de meilleurs effets. La prise en compte des éléments du genre durant la mise en œuvre du programme, notamment la sensibilisation des pères d'enfants de moins de 5 ans et les époux des FEFA admises a des effets positifs sur la prise de conscience de ceux-ci par rapport à leur rôle dans la nutrition familiale.

E24. En réponse *au sixième critère d'évaluation*, l'équipe d'évaluation a conclu qu'à l'exception du système d'information sanitaire, WFP a procédé à une intégration partielle du programme de traitement de la MAM dans le système de santé au Burundi. Les moyens financiers limités des familles constituent des obstacles pour l'accès sur le marché local aux aliments importants qu'il faut consommer pour prévenir la malnutrition dans le ménage.

Recommandations

E25. Les résultats et conclusions de cette évaluation ont mené l'équipe d'évaluation à faire les recommandations suivantes :

Recommandation 1 : *Renforcer les capacités des autorités gouvernementales* (Ministère de la Santé et autres ministères clés) en matière de planification, de mise en œuvre et de coordination.

Recommandation 2 : *Conduire régulièrement des supervisions conjointes* afin de renforcer les capacités des titulaires des CdS et des responsables SSN pour l'application adéquate du protocole national, l'amélioration de la qualité des services et du rapportage mensuel des données.

Recommandation 3 : *Intégrer systématiquement les aspects du genre et d'autonomisation des femmes dans les activités et les outils de suivi du programme.*

Recommandation 4 : *Revoir le processus d'offre des services dans les centres de santé afin de réduire la charge de travail des titulaires des CdS et responsables SSN les jours de distribution et minimiser les risques de violences faites aux femmes.*

Recommandation 5 : *Étudier la possibilité d'appliquer un protocole simplifié de prise en charge de la malnutrition aiguë dans le contexte du Burundi, afin de pallier les difficultés d'opérationnalisation du programme, tels que la dilution et la diversion, et le continuum des soins entre MAS et MAM.*

Recommandation 6 : *Développer et mettre en œuvre des programmes conjoints afin d'optimiser les résultats à long terme et prévenir la malnutrition.*

1. Introduction

1. Le programme de traitement de la malnutrition aiguë modérée qui fait l'objet de cette évaluation a été approuvé en début 2016 grâce au financement de l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID)/Food for Peace (FFP) pour les provinces de Ngozi, Kirundo, Cankuzo et Rutana, pour une période de 4 ans (avril 2016 à mars 2019). Ce programme avait pour objectif d'améliorer l'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans, des femmes enceintes et femmes allaitantes (FEFA). Le financement étant arrivé à terme, l'évaluation a été conduite afin d'atteindre les deux objectifs suivants :

- a) **Redevabilité** – rendre compte de tous les résultats (prévus ou non) qui ont été atteints par le programme afin de fournir des évidences à l'USAID/FFP pour renseigner la pertinence et l'efficacité du traitement contre la malnutrition aiguë modérée (MAM) dans un but de fonctionnement et de prise de décisions stratégiques ;
- b) **Apprentissage** – déterminer les raisons pour lesquelles certains résultats ont été atteints ou non, y compris les aspects d'égalité des sexes, d'équité et d'autonomisation des femmes, afin d'en tirer des leçons, de bonnes pratiques et des conseils pour l'apprentissage. Par conséquent, fournir des résultats fondés sur des données probantes pour éclairer la prise de décisions opérationnelles et stratégiques. Ces résultats seront activement diffusés et les leçons intégrées dans les systèmes pertinents de partage des acquis

2. Il s'agit d'une évaluation d'activité commandée par le bureau de pays du Programme Alimentaire Mondial au Burundi, qui s'est déroulée de septembre 2019 à mai 2020.

3. Les parties prenantes de l'évaluation incluent WFP, l'UNICEF, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), la plateforme multisectorielle de nutrition (SUN), le Ministère de la Santé à travers le Programme National Intégré d'Alimentation et de Nutrition (PRONIANUT), les provinces et districts sanitaires, ainsi que les agents opérant dans les centres de santé. Les autres parties prenantes incluent le Ministère des Finances, les organisations non-gouvernementales (ONG), telles que World Vision, Concern Worldwide, Welthungerhilfe, Caritas Burundi et la Croix Rouge du Burundi. Au niveau communautaire, les parties prenantes incluent les leaders communautaires et les bénéficiaires ultimes du programme. La description détaillée du rôle de chaque partie prenante, l'implication dans le processus de la présente évaluation et l'utilisation potentielle des conclusions et recommandations se trouvent en Annexe 6.

4. Les utilisateurs prévus de cette évaluation incluent WFP, l'UNICEF, l'OMS et les autres agences des Nations Unies (si pertinent), le bailleur de fond FFP, le gouvernement du Burundi et les ONG nationales et internationales impliquées dans la prévention et le traitement des différentes formes de malnutrition dans le pays.

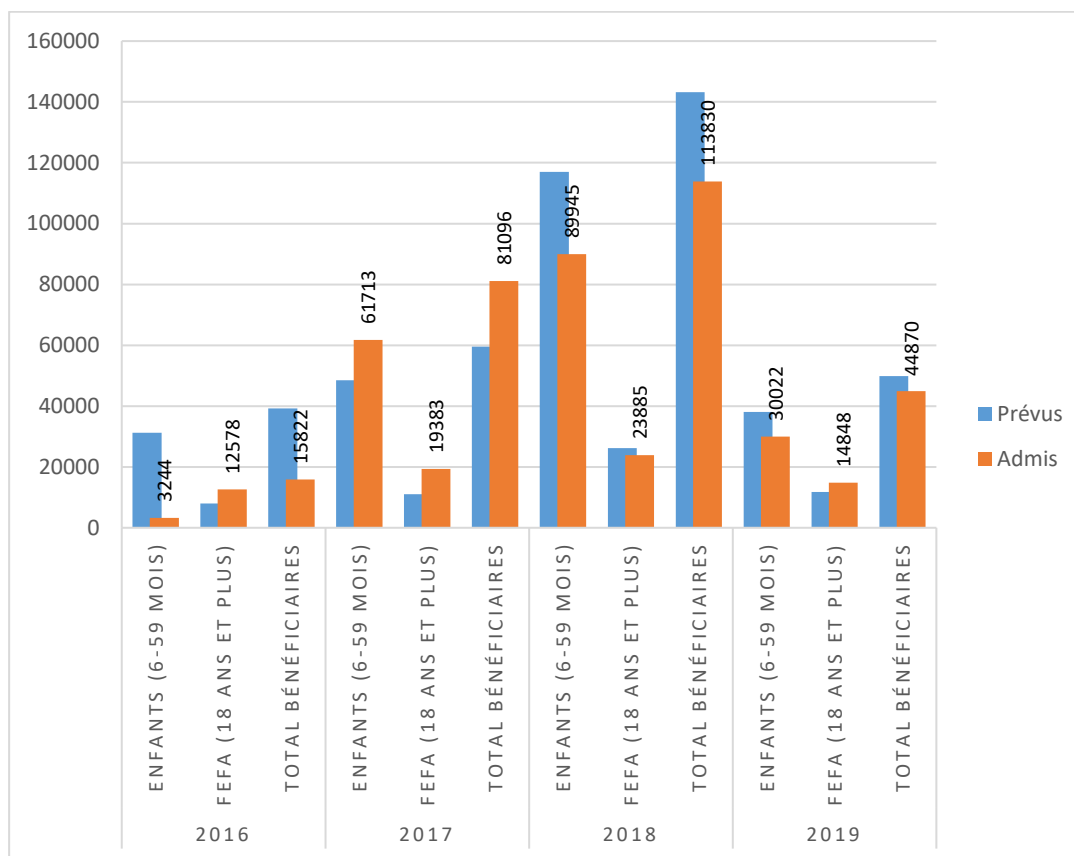
1.1. Vue d'ensemble du sujet de l'évaluation

5. L'évaluation a couvert le programme de traitement de la MAM mis en œuvre dans les quatre provinces citées plus haut, durant la période 2016 à 2019, en faveur des enfants de moins de 5 ans et des FEFA. Ce programme a été déterminé conformément au protocole national de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë, validé en octobre 2014 et révisé en 2019 (PRONIANUT 2019). Les autres bénéficiaires indirects incluent les parents (femmes et hommes) d'enfants de moins de 5 ans, les conjoints/époux des FEFA admises, car ils sont exposés aux messages de sensibilisation délivrés durant la mise en œuvre du programme, ainsi que les prestataires de soins dans les structures de santé et la communauté.

6. L'évaluation s'est déroulée dans les quatre provinces de mise en œuvre du programme de traitement de la MAM, ainsi que dans la capitale Bujumbura (Voir la carte des zones d'intervention en Annexe 2).

7. La Figure 1 ci-dessous montre les tendances d'admissions totales du programme contre celles planifiées. Il en ressort qu'en 2017, le programme a couvert un nombre plus élevé de bénéficiaires que prévu.

Figure 1. Bénéficiaires prévus contre ceux réellement pris en charge de 2016 à 2019



8. Les partenaires importants de mise en œuvre du programme de traitement de la MAM incluent WFP et le Ministère de la Santé, à travers ses structures décentralisées (provinces sanitaires, districts de santé, centres de santé et relais communautaires). La collaboration entre WFP et le PRONIANUT assure une présence étendue dans les quatre provinces d'intervention.

9. Le budget total du projet financé par FFP pour tous les programmes de WFP au Burundi sous forme de subvention était de 47 923 099 \$ pour les quatre années (2016 à 2019). Le Tableau 1 ci-dessous désagrège le budget par année. Concernant spécifiquement le programme de traitement de la MAM dans les quatre provinces, le montant de la subvention a progressé au fil des années, passant de 737 430 \$ en 2016 à 3 627 044 \$ en 2019, pour un total de 6 948 795 \$ pour les quatre années, ce qui représente 14,5% de la subvention totale de FFP.

Tableau 1. Subvention annuelle des fonds de l'alimentation pour la paix (FFP)

Année	2016	2017	2018	2019	Total
Quantité	8 000 000 \$	12 697 577 \$	13 935 000 \$	13 290 522 \$	47 923 099 \$
Traitement MAM	737 430 \$	747 447 \$	1 836 874 \$	3 627 044 \$	6 948 795 \$
% traitement MAM	9,2%	5,9%	13,2%	27,3%	14,5%

10. Aucune évaluation du programme de traitement de la MAM antérieure à la présente évaluation n'a été conduite dans le contexte du Burundi.

1.2. Contexte

11. Le Burundi est un pays situé en Afrique de l'Est, se classant 185 sur 189 selon l'indice de développement humain (IDH) (UNDP 2019). Avec une population estimée à 11,7 millions d'habitants en 2017, le pays a la deuxième plus forte densité de population en Afrique subsaharienne, avec plus de 400 habitants par kilomètre carré. Plus de 65% de la population vit sous le seuil national de pauvreté, estimé à 1,90 \$ par jour, tandis que plus de 90% de la population dépend de l'agriculture comme principale source de revenu (FAO et al 2018; WFP 2019a).

12. Au Burundi, la prévalence de la malnutrition aiguë globale (MAG) oscille entre 5 et 8%, avec des poches de prévalence de MAG supérieures à 10% dans certaines localités. Dans les provinces de Cankuzo, Kirundo, Ngozi et Rutana, les prévalences de la MAM sont respectivement de 4.9, 5.2, 3.4 et 4.3%. À l'échelle mondiale, le pays a le niveau le plus élevé de malnutrition chronique, avec un taux de prévalence actuel de 56%. Selon l'Enquête Démographique et de Santé, la prévalence du retard de croissance est supérieure à 50% dans presque toutes les 18 provinces, à l'exception de la Mairie de Bujumbura, Bururi et Rutana ; certaines provinces du nord-est dépassent 60%. La prévalence de l'anémie chez les enfants âgés de 6-59 mois est supérieure à 60%, dépassant le seuil d'urgence de 40% de l'OMS (EDS 2016/2017).

13. Les facteurs directs de dénutrition au Burundi incluent une forte prévalence de maladies infectieuses, un manque de diversité alimentaire, ainsi qu'une mauvaise hygiène. Les facteurs sous-jacents comprennent l'accès inadéquat à l'eau potable, aux services de santé et d'éducation, ainsi que l'insécurité alimentaire. S'y ajoute la pression sur les ressources limitées du pays, consécutif à l'hébergement dans des zones déjà en situation d'insécurité alimentaire de plus de 50 000 réfugiés, principalement originaires de la République Démocratique du Congo, qui dépendent de l'assistance humanitaire pour l'alimentation et la nutrition de base. Les facteurs fondamentaux incluent la pauvreté, la forte densité de la population, ainsi que l'afflux continu des rapatriés et des réfugiés qui contribuent à la compétition pour l'accès aux ressources naturelles limitées. Les autres facteurs fondamentaux externes incluent la sécheresse, les inondations, les glissements de terrain (à cause de la forte dégradation de l'environnement) et des prix alimentaires élevés à certaines périodes de l'année. Les effets sont plus accentués dans le nord du pays, particulièrement dans la province de Kirundo, engendrant une période de soudure plus longue, et des déplacements réguliers des populations vers le Rwanda voisin pour effectuer des travaux temporaires afin de subvenir à leurs besoins d'alimentation et de nutrition, et de retourner au Burundi lorsque le climat redevient favorable (UNICEF 2013).

14. En outre, le Burundi a été confronté à une crise humanitaire dans laquelle se sont cumulées récession économique, insécurité alimentaire extrême et épidémie de paludisme, tout cela aggravé par l'instabilité politique qu'a connu le pays en 2015. Le pays connaît une certaine accalmie actuellement, mais la situation économique et sociale demeure difficile pour la majorité de la population, particulièrement pour les déplacés internes et les réfugiés qui reviennent progressivement dans leurs lieux d'origine (UNHCR 2019).

15. Selon les résultats de la troisième enquête démographique de santé conduite en 2016-2017, les hommes étaient globalement plus instruits que les femmes au Burundi. Les proportions d'individus qui n'avaient aucun niveau d'instruction étaient plus élevées chez les femmes que chez les hommes (36% contre 24%). Pareillement, les hommes étaient proportionnellement plus nombreux que les femmes à avoir atteint le niveau d'instruction secondaire ou supérieur (30% chez les hommes versus 25% chez les femmes) (EDS 2016/2017). Bien que le ratio garçons/filles au niveau primaire soit désormais égal à 1, le taux de déperdition scolaire est plus élevé pour les filles que les garçons entre autres à cause de grossesses contractées pendant la scolarité (MSP 2013). Environ 16% des femmes en âge de procréer sont atteintes de Déficience Énergétique Chronique (DEC), les adolescentes de 15 à 19 ans et les femmes de 40 à 49 ans étant légèrement plus susceptibles d'avoir une déficience énergétique chronique que les autres femmes (USAID 2017).

16. Des progrès en matière de participation des femmes à la vie politique ont été enregistrés ces dernières années, avec 32% des sièges à l'Assemblée nationale, 42% au Sénat, 33.6% des postes au niveau provincial et 16% au niveau communal. Malgré cela, les inégalités de genre demeurent importantes; les violences sexuelles, et celles basées sur le genre, représentent 13% chez la femme contre 2% chez l'homme en 2016, et le pays figure à la 108ème place de l'indice de l'inégalité de genre (PNUD 2016). Les rôles de genre sont liés à une forte culture patriarcale dans le pays. Culturellement, les hommes sont à la tête des ménages, incarnant l'autorité desdits ménages, prenant les décisions importantes et fournissant les moyens de subsistance aux membres du ménage. Bien que les femmes jouent un rôle majeur dans l'économie nationale et représentent 55,2% de la main d'œuvre - particulièrement dans le secteur agricole qui fournit 90% de la production alimentaire et des exportations du pays - les hommes contrôlent la répartition des ressources au niveau du ménage. L'argent gagné par eux n'atteint parfois pas celui des autres membres du ménage. Ils ne font pas une répartition égale avec les femmes, ou bien ne priorisent pas les femmes enceintes et les enfants (PAM 2018). La situation devient plus précaire pour les veuves, les mères célibataires, les divorcées, les rapatriées et les femmes chefs de ménages, car ces groupes sont particulièrement vulnérables à la perte d'actifs et à d'autres formes de discrimination. La polygamie et le concubinage entraînent aussi l'abandon des partenaires antérieurs ou ultérieurs, et les femmes devenues veuves sont plus susceptibles de perdre leur terre en raison de l'expropriation par la belle-famille. N'ayant aucun contrôle sur les ressources, la plupart des femmes burundaises vivent dans des conditions de pauvreté extrême (Concern Worldwide 2019). Ces disparités entre les sexes affectent la sécurité alimentaire des ménages dans le pays.

17. Les efforts déployés par le Gouvernement Burundais pour trouver des solutions à long terme aux problèmes d'insécurité alimentaire et nutritionnelle se traduisent par la disponibilité des politiques pertinentes, telles que le Plan national de développement - Vision 2025 du Burundi (UNDP 2011) et le Plan d'Investissement Agricole (2012-2017) (MINAGRIE 2011). Le gouvernement a également adhéré à des initiatives internationales comme le mouvement Scale Up Nutrition (SUN), et a fourni beaucoup d'efforts pour répondre aux défis liés à la pauvreté, avec l'appui des bailleurs de fonds. Par exemple, en 2017, le Burundi a reçu environ 545 millions \$ d'appui pour la lutte contre la pauvreté provenant des différents partenaires bilatéraux et multilatéraux, tels que les États-Unis d'Amérique, l'Union Européenne, le Fond Global, l'Association Internationale de Développement, l'Allemagne, les Pays-Bas, le Fond Africain de Développement et l'Alliance Globale pour la Vaccination. Environ 21% de ces fonds étaient destinés à l'aide humanitaire (OECD 2018).

18. La vision à long terme de WFP au Burundi est de soutenir les efforts du gouvernement pour atteindre l'Objectif de Développement Durable (ODD)² : *mettre fin à la faim, atteindre la sécurité alimentaire et améliorer la nutrition d'ici 2030*. Par conséquent, l'objectif de WFP est de remodeler le système alimentaire au Burundi en promouvant une approche multisectorielle et systémique d'accès, ainsi que l'utilisation des aliments. La stratégie globale du pays est alignée sur les politiques et les outils nationaux de sécurité alimentaire et nutritionnelle, ainsi que sur le cadre d'aide au développement du programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) 2018-2022.

19. La famille des Nations Unies (UNICEF, WFP, OMS, FAO, FIDA), les ONG internationales et nationales, ainsi que les organismes gouvernementaux travaillent de concert pour la mise en œuvre d'un paquet complet d'interventions nutritionnelles incluant le traitement de la malnutrition aiguë sévère (MAS), le traitement de la malnutrition aiguë modérée, la prévention de la dénutrition, la fortification alimentaire, le programme de lutte contre le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) et le renforcement des capacités gouvernementales en matière de nutrition.

20. WFP et l'UNICEF collaborent pour lutter contre la malnutrition dans le pays. Sur la base du protocole national, l'UNICEF offre un traitement de la MAS aux enfants âgés de 6-59 mois, tandis que le PAM offre le traitement de la MAM aux enfants de ces mêmes groupes d'âge et aux FEFA. WFP met également en œuvre un programme d'enrichissement alimentaire pour prévenir les carences en micronutriments chez les enfants âgés de 6-23 mois. En partenariat avec des ONG locales, l'UNICEF et WFP mettent aussi en œuvre des actions de prévention contre la malnutrition chronique.

1.3. Méthodologie de l'évaluation et limitations

21. L'évaluation a adopté une approche axée sur la théorie (« *Theory-driven evaluation* ») pour analyser la complexité du programme de traitement de la MAM avec une perspective systémique (Chen HT 2012; Rogers PJ 2008). L'équipe d'évaluation a analysé la théorie et les objectifs du projet global du WFP financé par FFP, notamment l'objectif stratégique 2 (*Améliorer la nutrition*), et spécifiquement les résultats stratégiques 3 qui stipulent que « *les enfants âgés de 6-59 mois, les adolescentes, les femmes enceintes et allaitantes et les filles vivant dans les provinces et communes ciblées ont amélioré leur statut nutritionnel durant l'année* » (WFP 2019b). Les hypothèses sous-jacentes ont été explorées à travers des entretiens individuels avec des informateurs clés durant la mission de démarrage afin de développer un modèle simplifié de théorie de changement qui lie les investissements (intrants) aux activités, les résultats, les effets et l'impact attendus sur la population cible dans les quatre provinces, ainsi que les différents acteurs, mécanismes et conditions contextuelles que le programme a influencés (Vogel I 2012). Ce modèle est présenté en Annexe 4. La théorie du changement a guidé le développement de la matrice d'évaluation (Annexe 3) et l'identification des différents indicateurs permettant de mesurer les changements ou résultats survenus à moyen et long terme.

22. L'évaluation a été conduite sur la base des critères de l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE), incluant la pertinence, la cohérence, l'efficacité, l'impact et la durabilité (OCDE/CAD 2019). Les éléments de genre, équité et droits humains ont aussi été intégrés de manière spécifique sous chaque critère et question d'évaluation (UNEG 2014). Ces six critères ont été choisis afin d'évaluer de manière exhaustive et systématique le programme de traitement de la MAM au Burundi et d'émettre des conclusions et recommandations réalistes qui reflètent une bonne compréhension de sa planification et sa mise en œuvre. En effet, bien que les mesures de traitement de la MAM financées par l'USAID/FFP ne reposaient pas sur une analyse spécifique initiale du genre et de la protection, l'équipe d'évaluation a exploré les questions de genre, telles que la participation des femmes et des hommes dans la mise en œuvre du programme, la participation des hommes à la prise de décisions sur la nutrition dans les ménages, les effets du programme sur l'alimentation et la nutrition des enfants de moins de 5 ans (filles et garçons) et des FEFA, le pouvoir de décision de la femme sur l'alimentation et la nutrition dans le ménage, ainsi que la participation des hommes dans l'alimentation et la nutrition dans le ménage. L'évaluation a également vérifié si les pères d'enfants admis et les époux/conjoints des FEFA admises dans le programme étaient indirectement pris en compte à travers leur exposition aux activités de sensibilisation. L'évaluation a intégré les aspects du genre à toutes les étapes afin de s'assurer que les hommes, les ménages les plus vulnérables et les ménages dirigés par des femmes ont été considérés de manière adéquate. Les aspects du genre ont aussi été pris en compte durant la formulation des conclusions et des recommandations de l'évaluation.

Définition des critères utilisés dans cette évaluation (OCDE/CAD 2019).

Pertinence : Mesure dans laquelle les objectifs et la conception de l'intervention correspondent aux besoins, aux politiques et aux priorités des bénéficiaires, du pays, de la communauté internationale et des partenaires/institutions, et demeurent pertinents, même si le contexte évolue.

Cohérence : Mesure dans laquelle l'intervention est compatible avec les autres interventions menées au sein du pays, d'un secteur ou d'une institution.

Efficacité : Mesure dans laquelle les objectifs et les résultats de l'intervention ont été atteints, ou sont en train de l'être.

Efficience : Mesure dans laquelle l'intervention produit, ou est susceptible de produire, des résultats de façon économique et dans les temps.

Impact : Mesure dans laquelle l'intervention a produit, ou devrait produire, des effets importants et de vaste portée, positifs ou négatifs, intentionnels ou non.

Durabilité : Mesure selon laquelle les bénéfices nets de l'intervention perdureront ou sont susceptibles de perdurer.

23. Les termes de référence ont énuméré les questions à considérer sous chaque critère d'évaluation (WFP 2019a). Ces questions ont été revues et complétées par des sous-questions développées par l'équipe d'évaluation à la suite de la revue documentaire et des entretiens individuels

conduits auprès des parties prenantes clés durant la mission de démarrage au Burundi du 22 au 24 octobre 2019. Ces ajustements ont permis de développer la matrice d'évaluation et des outils de collecte de données (voir Annexe 3 et Annexe 8). Cette matrice présente les critères, questions principales et sous-questions d'évaluation, la justification, la chaîne de raisonnement, les hypothèses de vérification, les indicateurs, les sources d'information et les techniques de collecte des données. Les questions principales d'évaluation ont été acceptées, telles que proposées dans les termes de références (Annexe 1), à l'exception de sept questions ajoutées par l'équipe d'évaluation sous le critère Pertinence (Question 1.4), Cohérence (Question 2.4), Efficacité (Question 3.3), Efficience (Question 4.1 et 4.5), Impact (Question 5.3) et Durabilité (Question 6.3). La matrice d'évaluation a orienté le développement des outils de collecte des données. Elle a guidé également la collecte et l'analyse des données, l'équipe d'évaluation s'y réfère pour s'assurer que des réponses ont été fournies aux questions élaborées sous chaque critère d'évaluation.

24. L'équipe d'évaluation a également utilisé une approche participative, susceptible de garantir que les opinions et perspectives de toutes les parties prenantes sont prises en compte et que les conclusions soient vérifiées. En effet, les constats de l'analyse, les conclusions et les recommandations ont été formulés avec pour finalité d'orienter les décisions et les actions à entreprendre par WFP et les autres utilisateurs de l'évaluation. Ceux-ci ont été impliqués durant le processus en tant que membres du comité d'évaluation et du groupe de référence de l'évaluation et, à ce titre, ils ont participé aux entretiens individuels durant la collecte des données qualitatives primaires et à l'atelier des résultats préliminaires présentés le 22 janvier 2020. Par ailleurs, le rapport provisoire a fait l'objet de processus itératifs critiques entre l'équipe d'évaluation, WFP, le comité d'évaluation et du groupe de référence de l'évaluation afin d'avoir une discussion collaborative des résultats et de générer une compréhension commune des conclusions et des recommandations (approche de « collaborative learning and adapting ») (USAID 2017b). Le rapport final sera présenté durant un atelier qui sera organisé par WFP en collaboration avec ces parties prenantes clés au Burundi. Cet ensemble de processus a permis de renforcer la validité des résultats et les conclusions de l'évaluation.

25. En outre, l'équipe d'évaluation a adopté une approche « réaliste » (Realist Inquiry) durant toutes les étapes du processus² (Marchal et al 2012 ; Westhorp 2014). En d'autres termes, l'efficacité et l'efficience du programme de traitement de la MAM ont été analysées en tenant compte du contexte socio-politique, culturel et économique dans lequel les activités du programme ont été mises en œuvre dans les quatre provinces et le pays en général.

26. Une approche mixte de collecte des données quantitatives et qualitatives a été appliquée. L'évaluation était à la fois rétrospective pour répondre à la redevabilité, et prospective pour répondre à l'apprentissage organisationnel. Elle a suivi les codes de conduite, le guide d'éthique, les directives, les normes et standards du Groupe d'Évaluation des Nations Unies (UNEG). L'information a été obtenue grâce à 1) l'analyse documentaire et des données secondaires quantitatives et 2) la collecte de données primaires qualitatives utilisant trois techniques : a) des entretiens individuels semi-structurés avec des informateurs clés ; b) des discussions de groupe (FGD) ; et c) l'observation directe des opérations de traitement de la MAM. Ces différentes techniques sont complémentaires en ce sens que l'examen des documents et des données secondaires a facilité la compréhension du contexte programmatique et l'identification d'indicateurs nécessaires pour évaluer les résultats, les effets et l'impact du programme. Les entretiens individuels ont permis de comprendre les expériences et les perspectives des participants par rapport aux différentes activités et résultats du programme, tandis que les discussions de groupe ont permis d'obtenir la perception des prestataires de services, des leaders d'opinion, des religieux, des bénéficiaires et des groupes communautaires, en plus d'évaluer les 'connaissances et les compétences' des parents d'enfants de moins de cinq ans exposés au programme. Des observations directes quant à elles ont été utiles pour comprendre le processus et la qualité des activités de traitement de la MAM déployées dans les structures de santé.

² L'évaluation réaliste est une approche factuelle qui va au-delà des modèles d'évaluation axés sur les intrants et extrants, et cherche à dévoiler les mécanismes (déterminants sous-jacents et/ou comportements sociaux) qui influencent (ou non) le succès d'une politique, une stratégie ou un programme.

27. La collecte des *données quantitatives secondaires* s'est effectuée dans 20 centres de santé sélectionnés au hasard (échantillonnage aléatoire simple) selon la méthodologie LQAS (Lot Qualitative Assurance Sample) dans les provinces de Ngozi et Rutana³.

28. La méthodologie LQAS a été mise au point dans l'industrie dans les années 1920 afin de vérifier la qualité de lots d'articles avant livraison. Elle a confirmé sa fiabilité dans le cadre de la supervision de la qualité de la production à grande échelle, ainsi que dans le cadre des évaluations rapides de couverture des services de santé au sein des populations (Myatt et al 2012). Son utilisation dans cette évaluation est en-soi une innovation, car elle intègre une méthode reconnue et utilisée dans d'autres domaines, dont les avantages (rapidité et faibles ressources exigées pour sa mise en place) s'adaptent totalement au contexte de l'évaluation.

29. La méthodologie LQAS préconise le choix d'un échantillon aléatoire de 20 entités (centres de santé, districts) à partir desquelles les tendances sont déterminées. Ces premiers éléments de réponses obtenus rapidement et à moindre coût facilitent la prise de décision et permettent d'évaluer le niveau de qualité d'un indicateur. La LQAS ne permet pas d'obtenir des pourcentages représentatifs mais à partir de certains seuils, il est possible de déterminer si un indicateur a un niveau inacceptable ou acceptable. Une étude représentative avec un niveau de confiance de 95% et une marge d'erreur de 2% aurait exigé la collecte des données secondaires dans 158 des 168 centres de santé couverts par le programme, alors qu'avec la méthodologie LQAS seulement 20 centres de santé ont été suffisants. L'application de cette méthodologie a permis d'évaluer la qualité du remplissage des supports dans les structures de santé et leur degré de concordances avec des données de base partagées par les partenaires (Annexe 9).

30. La collecte des *données qualitatives primaires* s'est déroulée dans les quatre provinces, dans huit centres de santé sélectionnés en utilisant une approche d'échantillonnage raisonné (Palinkas et al 2015; Tongco 2007). Les critères de sélection des centres de santé étaient les suivants : localité urbaine versus rurale, accessibilité facile ou non, distance par rapport à la principale structure de santé de référence, bonne performance ou non du centre par rapport aux normes nationales, prestation des services de MAM et de MAS ou des services de MAM sans MAS (continuum des soins). L'Annexe 7 présente les provinces, districts sanitaires, communes et centres de santé sélectionnés pour les visites de terrain dans le cadre de la collecte des données quantitatives et qualitatives. Au regard du nombre d'activités menées dans chaque centre de santé, cet échantillon a permis d'atteindre la saturation (Mason 2010) des données dans le temps alloué aux visites de terrain.

31. La collecte des données s'est déroulée du 15 au 31 janvier 2020. Le processus sur le terrain, tel que les autorisations et la prise de contact au niveau de la province, du district et du centre de santé (CdS), a été facilité par WFP et le PRONIANUT.

32. L'équipe s'est assurée à chaque étape que l'analyse soit de haute qualité, basée sur des évidences et des liens de causalité entre les intrants, extrants et résultats du projet, à la lumière de la Théorie du changement construite pour guider l'évaluation du traitement de la MAM dans les provinces de Cankuzo, Kirundo, Ngozi et Rutana au Burundi. L'équipe s'est également assurée que les standards internationaux de procédure d'évaluation (OCDE, UNEG, DEQAS) soient appliqués jusqu'à la soumission des livrables finaux.

33. Une approche mixte d'analyse des données quantitatives et qualitatives a été appliquée, de même que la triangulation pour comparer les données obtenues de différentes sources. Ainsi, pour chaque constat d'analyse fait, au moins trois sources de données ont été utilisées pour confirmer et vérifier les informations collectées. Les enquêteurs ont été formés sur les méthodes et techniques de collecte des données. Les outils de collecte ont été prétestés et affinés afin de s'assurer de la fidélité des données collectées. Les données quantitatives collectées ont permis d'une part de vérifier la qualité du remplissage des supports dans les structures de santé, utilisées pour l'analyse de routine, et d'autre part de comparer ces données avec celles contenues dans les bases de données.

³ Pour des raisons de budget restreint, la collecte des données quantitatives s'est limitée à deux des quatre provinces.

34. A la suite du pré-test des outils de collecte et durant l'analyse des données et la rédaction du rapport, l'équipe d'évaluation a fait des réaménagements mineurs sur l'ordre des questions d'évaluation :

- c) Sous le critère Pertinence, la question 1.3 est devenue 1.1. La question 1.2 du critère Pertinence a été envoyée dans le critère Efficience et fusionnée avec la question 4.1, car elle traitait essentiellement de l'atteinte des objectifs du programme dans le temps imparti, y compris les aspects logistiques et le respect des calendriers de livraison des suppléments alimentaires.
- d) La question 2.2 du critère Cohérence a été remontée dans le critère Pertinence et fusionnée avec la question 1.2, parce qu'ensemble elles traitaient de l'adéquation du programme avec les besoins des bénéficiaires et du protocole national de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë. Pareillement, la question 2.4 du critère Cohérence a été remontée dans le critère Pertinence et fusionnée avec la question 1.4 (devenue question 1.3), parce que ces deux questions abordaient la prise en compte des aspects du genre dans le programme. Les réponses des participants à ces deux questions étaient redondantes.
- e) La question 6.3 du critère Durabilité a été supprimée et fusionnée avec la question 5.3 du critère Impact pour les mêmes raisons que précédemment.

35. L'obtention d'un visa éthique n'a pas été nécessaire pour la conduite de cette évaluation. Néanmoins, l'équipe s'est assurée du respect des normes éthiques à chaque étape du processus, notamment l'obtention du consentement éclairé, la confidentialité et l'anonymat des participants, le respect de la culture et l'autonomie des participants, la garantie d'un système de sélection équitable (tenant compte des femmes et des groupes socialement exclus), et le codage des marques d'identification directe (par exemple les informations personnelles, telles que le nom et l'adresse) durant les analyses afin d'assurer la confidentialité. Les membres de l'équipe de collecte ont été briefés sur l'importance de la confidentialité des données rapportées. Aucun effet néfaste de la conduite des entretiens individuels et des discussions de groupes sur les participants n'a été rapporté, et l'équipe n'a été confrontée à aucun problème d'ordre éthique durant tout le processus de l'évaluation.

36. Le Tableau 2 ci-dessous présente les limites de l'évaluation et les mesures prises par l'équipe pour les atténuer.

Tableau 2. Limites de l'évaluation et mesures d'atténuation

Limites de l'évaluation	Mesures d'atténuation
<p>À la suite de l'examen des bases de données fournies à l'équipe d'évaluation par WFP, il a été noté que les données d'admissions des FEFA ne sont pas désagrégées selon leur statut (enceinte ou allaitante) et leur âge. La désagrégation selon l'âge aurait permis d'estimer la proportion d'adolescentes parmi les femmes enceintes et allaitantes, information pertinente pour formuler des conclusions et recommandations spécifiques à ces sous-groupes de bénéficiaires.</p>	<p>L'équipe d'évaluation a exploré les bases de données du PRONIANUT et de la direction nationale d'information sanitaire afin de vérifier l'existence des données sur des catégories d'âge (15-17 ans ; >= 18 ans) des FEFA. En l'absence de ces données, l'équipe a effectué des analyses agrégées.</p>
<p>Durant la mission de démarrage, les entretiens avec l'équipe du pays WFP en charge du suivi/de l'évaluation nous ont instruit que WFP a initié la collecte des données désagrégées selon le sexe et l'âge (6-23 mois et 24-59 mois) chez les enfants de moins de 5 ans admis au programme seulement à partir de janvier 2019.</p>	<p>L'équipe d'évaluation a exploré les bases de données du PRONIANUT et de la direction nationale d'information sanitaire. En l'absence des données désagrégées détaillées, l'équipe a effectué des analyses agrégées.</p>

<p>Absence de données sur les activités de prévention et de dépistage communautaire (nombre d'enfants dépistés, nombre de séance de sensibilisation, nombre de séance de démonstrations culinaires pour chaque centre de santé, district ou province)</p>	<p>Cette absence de données a limité la portée des analyses, car ces activités auraient pu expliquer plus en détails les variations observées sur le nombre d'admissions ou la performance du programme de traitement de la MAM. Les analyses se sont limitées aux données qualitatives.</p>
<p>L'estimation de la couverture du traitement a utilisé des méthodes indirectes qui reposent sur des données démographiques et les résultats des enquêtes nutritionnelles. Toutefois ces deux sources de données présentent des erreurs et un manque de précision (par exemple, les résultats de l'enquête nutritionnelle auront 95% d'IC de +/- 1 à 2%), mais les estimations indirectes de la couverture ont de très grands intervalles de confiance. Par exemple, dans une population de 100 000 habitants dont la prévalence de la MAG est de 10% et un intervalle de confiance de 2%, le nombre total de MAG pourrait être de 8 000 ou 12 000. Par conséquent, si 6000 enfants étaient dans le programme, la couverture pourrait être de 75% ou 50%.</p>	<p>Bien que l'interprétation des résultats de la couverture de traitement ait utilisé ces méthodes indirectes, l'équipe d'évaluation a fait des suggestions de méthodes qui auraient permis/et permettraient aux responsables de programme de mieux estimer la couverture du programme dans le futur.</p>
<p>Les données financières non désagrégées, selon les districts et provinces, et par type de bénéficiaire (enfant de moins de cinq ans, femme enceinte, femme allaitante)</p>	<p>L'équipe d'évaluation a fait une désagrégation selon les catégories de dépenses, à la lumière des clarifications fournies par l'équipe WFP en charge de gérer le budget du programme. Il n'était pas possible cependant d'effectuer une telle désagrégation par province, par district ou par type de bénéficiaire. L'analyse financière a été agrégée.</p>

2. Résultats de l'Évaluation

2.1 Critère d'évaluation 1 – Pertinence

Question 1.1. Dans quelle mesure l'intervention correspond-elle aux besoins et aux priorités du gouvernement et s'aligne-t-elle aux politiques et protocoles ?

37. Les enfants de moins de 5 ans, ainsi que les FEFA sont considérés comme les populations les plus vulnérables lorsqu'affectées par la malnutrition aiguë. Toutes les politiques et stratégies nationales de santé et de nutrition développées au Burundi mettent l'accent sur ces catégories. Le Tableau 3 ci-dessous présente une cartographie des différentes politiques et plans du Burundi, ainsi que les liens existants entre ces politiques et la nutrition maternelle et infantile :

Tableau 3. Cartographie des politiques/plans sanitaires au Burundi et leurs liens avec la nutrition

Politique/stratégie	Année	Position de la nutrition/aspects couverts
Politique Nationale de Protection Sociale (2011)	2011	Assurer une couverture de <i>protection sociale</i> convenable pour tous.
Politique Nationale du Genre 2012-2025	2012	Contribuer à la réalisation de l'équité et de l'égalité de genre à travers l'instauration d'un environnement socioculturel, juridique, économique, politique et institutionnel favorable à la réalisation de l'égalité de genre au Burundi, ainsi que <i>l'intégration effective du genre</i> dans les interventions de développement dans tous les secteurs.
Stratégie Nationale de protection sociale (2015)	2015	Augmenter l'accès aux services sociaux de base en matière de santé, d'eau et d'assainissement, et d'éducation ; Assurer la <i>sécurité alimentaire</i> et une sécurité élémentaire de revenu ; Renforcer la gestion des risques (naturels et sociaux) ; Contribuer à une diminution de la malnutrition chronique de jeunes enfants.
Politique nationale de santé 2016-2025	2016	Contribuer à la réduction de l'ampleur et de la gravité des maladies <i>et des problèmes de santé prioritaires (y compris la malnutrition)</i> ; Améliorer les performances du système national de santé et du système communautaire ; Renforcer la <i>collaboration intersectorielle</i> pour une meilleure santé.
Plan d'action du genre du Burundi	2017	Renforcer l'engagement des femmes et des hommes dans les populations affectées ; Soutenir les capacités gouvernementales à intégrer une perspective de genre et à <i>promouvoir une participation égale aux programmes de sécurité alimentaire et nutritionnelle. Accroître la prise de décision des femmes et des filles en matière de sécurité alimentaire et nutritionnelle.</i>
Plan stratégique nutrition 2019-2023	2019	Contribuer à la <i>réduction de la prévalence de la malnutrition sous toutes ses formes</i> ; Renforcer la <i>qualité de la prise en charge de la malnutrition aiguë en ambulatoire et en milieu hospitalier</i> . Mise à l'échelle de la prise en charge de la malnutrition selon l'approche PCIMA.

Politique/stratégie	Année	Position de la nutrition/aspects couverts
Plan stratégique multisectoriel de sécurité alimentaire et nutrition 2014-2017 ; 2019-2023	2014	2014 : Contribuer à l'amélioration de l'état nutritionnel de la population burundaise en réduisant l'insécurité alimentaire et la malnutrition. Réduire la prévalence de la malnutrition aiguë globale de 6% à 4% chez les enfants de moins de 5 ans.
	2019	2019 : Contribuer à l'amélioration de l'état nutritionnel de la population burundaise en rehaussant significativement et équitablement le niveau de sécurité alimentaire et de nutrition. Améliorer l'accès aux services nutritionnels, y compris le traitement de la MAM.
Protocole national de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë 2014, 2019	2014, 2019	Le traitement de la MAM en fait partie à travers les services de supplémentation nutritionnelle (SSN). Le but du SSN est de corriger et de prévenir la malnutrition aiguë modérée chez les groupes cibles.

38. Le programme de traitement de la MAM est donc en adéquation avec toutes ces politiques et plans développés depuis plusieurs années au Burundi. En dépit de cela, la malnutrition demeure un problème important de santé publique dans le pays. D'après les participants interviewés au niveau national, le grand problème actuel au Burundi n'est plus la malnutrition aiguë (qui a pu être contenue et dont les prévalences ont diminué significativement - inférieures à 5%), mais la malnutrition chronique dont la prévalence est la plus élevée dans le monde (54-56%), affectant un enfant sur deux dans le pays. Bien que les risques de mortalité à court terme liés à la malnutrition chronique soient plus faibles que ceux associés à la malnutrition aiguë, cette condition demeure grave et est associée à une espérance de vie plus réduite, un niveau d'éducation plus faible et à une pauvreté plus accrue. Par conséquent, tout en maintenant les interventions pour contenir la forme aiguë de malnutrition, il est important de combiner de plus en plus les approches spécifiques (telles que le traitement de la MAM) et sensibles de nutrition (interventions de prévention), afin d'optimiser les résultats de la lutte contre la malnutrition à long terme dans le pays.

39. Dans cette optique, WFP a appuyé le développement de la stratégie multisectorielle de nutrition en recrutant un consultant qui a soutenu le gouvernement dans l'élaboration de ce plan. Un autre consultant, toujours recruté par WFP, travaille actuellement au développement de la stratégie de communication et mobilisation sociale pour le changement de comportement (SBCC). D'autres projets, tels que la composition et la délivrance d'un paquet d'activités, comme filet de protection pour les ménages sont en cours de réflexion au sein de l'organisation. Toutes ces initiatives ont pour objectif à long terme de renforcer les capacités des ménages à faire face et à résister aux chocs, contribuant ainsi à prévenir la malnutrition⁴.

40. Le traitement de la MAM fait partie du paquet d'activités des structures de santé du pays, et il est mis en œuvre en adéquation avec le protocole national de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë sous la coordination du Ministère de la Santé, à travers le PRONIANUT.

Question 1.2. Dans quelle mesure le traitement de la MAM a-t-il répondu aux besoins des personnes les plus vulnérables, en particulier les FEFA, les enfants et les personnes aux besoins spécifiques ?

41. Tel que mentionné plus haut, les enfants de moins de 5 ans et les FEFA constituent les catégories de la population les plus vulnérables, et présentent un risque élevé de morbi-mortalité lié à la malnutrition. Par conséquent, les enfants souffrant de la MAM et les FEFA malnutries de façon aiguë reçoivent des suppléments alimentaires et des messages de sensibilisation leur permettant de

⁴ Approche 'Nexus' préconisée au niveau global actuellement. WFP et l'UNICEF réfléchissent sur comment mieux prendre en charge la malnutrition, avec un focus important sur la prévention, soutenue par l'initiative Scale Up Nutrition (SUN). Dans les prochains 12 mois, des directives vont être disponibles à cet effet.

guérir de leur état et de prévenir les rechutes, en conformité avec les protocoles nationaux et internationaux. Le programme de traitement de la MAM est donc approprié aux besoins de ces bénéficiaires.

42. Les parents d'enfants de moins de 5 ans, les FEFA et mamans lumières⁵ ont déclaré que les suppléments alimentaires (PlumpySup et CSB++) utilisés dans le cadre du programme étaient faciles à conserver et à utiliser. Les bénéficiaires n'avaient aucune difficulté par rapport à la préparation et le goût. En outre, aucun effet secondaire n'a été enregistré à la suite de la consommation de ces produits. La principale difficulté mentionnée était la revente sur le marché local et le partage en famille (plus de détails sont fournis à ce sujet dans le chapitre efficacité).

43. Tous les participants interviewés ou ayant pris part aux discussions de groupe ont corroboré cet avis, mais ont aussi émis l'avis selon lequel d'autres catégories de bénéficiaires, tels que les personnes âgées, les personnes handicapées physiques et mentales, les orphelins et enfants de la rue devraient être pris en charge par WFP dans le cadre des programmes de protection sociale ou d'alimentation en institution, parce qu'ils font aussi partie des couches les plus vulnérables de la société.

Question 1.3. Dans quelle mesure l'intervention de traitement de la MAM est en adéquation avec les politiques nationales en matière de genre, d'équité et d'autonomisation des femmes et comment ces questions ont-elles été prises en compte dans la conception, la mise en œuvre et le suivi du programme ?

44. La politique nationale du genre 2012-2025 a été développée en 2012 dans le pays. Bien que les questions de genre n'aient pas été abordées durant la conception du programme, elles ont été de plus en plus intégrées durant sa mise en œuvre, particulièrement à la suite du plan d'action du genre développé en 2017 par WFP, qui faisait suite aux recommandations d'une étude sur l'analyse du genre effectuée en 2016⁶. Depuis 2018, WFP bénéficie activement de l'appui de la Suisse pour la prise en considération de plus en plus accrue des questions de genre dans les programmes.

45. Les femmes et les hommes participent, en tant que mamans lumières, agents de santé communautaires (ASC), papas Mid-Upper Arm Circumference⁷ (MUAC) et mamans MUAC, au déploiement des activités de dépistage communautaire. Les enfants sont dépistés, admis au programme et pris en charge sans discrimination par rapport au sexe. Les messages de sensibilisation dans les CdS et les ménages s'adressent aussi bien aux FEFA et leurs conjoints, qu'aux mères et pères d'enfants de moins de 5 ans admis au programme. La désagrégation des données du programme selon les sous-groupes d'âge des enfants admis (6-23 mois ; 24-59 mois) a été initiée en 2019.

46. Les participants aux entretiens individuels et discussions de groupe n'ont exprimé aucune difficulté particulière à accéder aux services en raison de la proximité physique des CdS offrant les services SSN et la gratuité des soins. Seules certaines communautés refusent volontairement l'admission au programme pour des raisons culturelles et/ou religieuses (plus de détails sont fournis dans le chapitre efficacité).

47. Deux principaux risques liés à la participation des femmes au programme ont été rapportés par les personnes interviewées et celles ayant pris part aux discussions de groupes :

- *Abus d'autorités et trafics d'influence* : il a été rapporté que certains ASC et mamans lumières rançonnent les FEFA qu'elles ont référé dans les CdS et qui ont été admises dans le programme. Par reconnaissance ou par obligation, ces FEFA donnent aux ASC et mamans lumières une quantité de leur CSB++ reçue dans les CdS. Celles-ci les vendent sur le marché local pour avoir de quoi se motiver.
- *Longues journées passées dans les CdS les jours de distribution et violences faites aux femmes* : les bénéficiaires passent presque la journée entière dans les CdS les jours de

⁵ Le terme de "Mamans Lumières" réfère aux mères qui jouent un rôle déviant positif ou un rôle modèle pour les autres femmes de leur communauté. Ceci étant parce que bien qu'elles vivent dans les mêmes conditions que les autres femmes de leur communauté, leurs enfants ne sont pas considérés comme étant malnutris.

⁶ WFP. Baseline study report on gender mainstreaming in WFP Burundi. 2016.

⁷ Périmètre brachial

distribution à cause d'une insuffisance de personnel pour effectuer toutes les tâches reliées à cette activité. Il a été rapporté que parfois sur leurs chemins de retour le soir ou presque la nuit tombée, certaines femmes étaient physiquement agressées par des inconnus et dépouillées du CSB++ qu'elles ont reçu au CdS. Une fois à la maison, elles subissaient également la violence verbale et parfois physique de leurs conjoints qui n'apprécient pas leurs retours tardifs dans le ménage.

Boîte 1. Résultats Clés – Pertinence

- Le programme de traitement de la MAM répond aux priorités du gouvernement et il est mis en œuvre en conformité aux politiques et protocoles nationaux. Cependant, avec la réduction significative de la prévalence de la malnutrition aiguë et le maintien de la prévalence élevée de la malnutrition chronique, il est important de combiner le traitement de la MAM avec les interventions de prévention afin d'optimiser les résultats sur le retard de croissance dans le pays.
- Le programme de traitement de la MAM est approprié aux attentes des bénéficiaires parce qu'il répond à leurs besoins en termes de suppléments alimentaires et de messages de sensibilisation.
- Bien que les considérations du genre n'aient pas été prises en compte durant la conception du programme, elles ont été progressivement intégrées durant la mise en œuvre.
- Les modalités de mise en œuvre du programme (passer presque toute la journée au CdS parce qu'il n'y a qu'un seul jour de distribution dans la semaine) constituent un risque sécuritaire pour certaines FEFA et mères d'enfants bénéficiaires du programme.

2.2 Critère d'évaluation 2 – Cohérence

Question 2.1. Dans quelle mesure les interventions de traitement de la MAM financées par FFP ont-elles été cohérentes avec les interventions nutritionnelles financées par les autres bailleurs de fonds ?

48. Le programme de traitement de la MAM dans les quatre provinces évaluées était financé par FFP. Dans ces provinces, d'autres interventions spécifiques et sensibles à la nutrition étaient mises en œuvre conjointement au traitement de la MAM, et financées par d'autres bailleurs, particulièrement dans les provinces de Kirundo et Ngozi.

49. Au niveau central, les différents bailleurs et partenaires techniques n'ont pas mis en commun ou coordonné leurs financements et/ou protocoles d'interventions. Normalement, chaque réunion sectorielle se tient chaque mois à Bujumbura, celle du secteur nutrition étant co-dirigée par l'UNICEF et WFP, en collaboration avec le PRONIANUT. Cependant, il n'existe pas assez de communication entre les différents secteurs durant la planification, le financement et la mise en œuvre des programmes.

50. Pareillement au niveau périphérique (c'est-à-dire les districts et les communes), il n'existait aucune coordination entre les programmes pour assurer une complémentarité dans le ciblage des zones d'interventions ou des bénéficiaires admis dans les zones sélectionnées. Une telle coordination devrait être assurée par les autorités gouvernementales afin de générer un impact optimal des différentes interventions sur les enfants de moins de 5 ans, les FEFA et leurs familles. Mais, les secteurs évoluent de manière cloisonnée à cause du faible mécanisme de coordination.

Question 2.2. Comment les mécanismes de référencement ont-elles fonctionné vers d'autres programmes de nutrition (centres de santé vers la communauté et vice versa)?

51. Selon le protocole national de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë, les enfants et les FEFA, dépistés dans les ménages ou la communauté comme malnutris, sont référés au CdS le plus proche pour la confirmation du diagnostic et une prise en charge adéquate. C'est ce qui se fait dans la majorité des cas (voir plus de détails dans le chapitre efficacité). La collaboration entre WFP et l'UNICEF facilite le référencement et le contre-référencement entre le programme de traitement de

la MAS appuyé par l'UNICEF et celui du traitement de la MAM appuyé par WFP dans les quatre provinces. En effet, les enfants admis dans les services thérapeutiques ambulatoires sont référés dans les services SSN, lorsqu'ils sortent guéris de leur situation de MAS. Durant la prise en charge, ces enfants sont suivis à domicile par les mamans lumières et ASC qui en profitent pour dispenser des messages de sensibilisation dans les ménages et la communauté.

52. Dans la province du Kirundo, les familles des bénéficiaires admis au programme de traitement de la MAM bénéficient également des programmes de transfert monétaire, de jardins potagers et de petit élevage appuyés par l'ONG internationale Concern Worldwide sur financement de WFP. Des approches de lutte similaires contre la malnutrition sont aussi mises en œuvre par l'UNICEF, WFP et la FAO dans la province de Ngozi, sous le financement de la "Swiss Agency for Development and Cooperation" (SDC). Dans les provinces de Rutana et Cankuzo, plusieurs enfants dépistés MAM sont également référés aux foyers d'apprentissage et de réhabilitation nutritionnelle (FARN) appuyés par l'ONG internationale World Vision. D'après les titulaires des CdS interviewés, les enfants admis aux FARN qui n'ont pas gagné au moins 200 g après 12 jours de séjour dans le programme sont transférés aux services SSN dans les CdS. Tous ces mécanismes de référencement entre les CdS et la communauté, recommandés dans le protocole national, assurent le continuum des soins (entre MAS et MAM dans les CdS) et la prévention dans les ménages et la communauté.

Boîte 2. Résultats Clés – Cohérence

- Il n'existe pas de coordination étroite entre les bailleurs et les différents secteurs pour la planification et la mise en œuvre des interventions sensibles à la nutrition.
- Le continuum des soins entre MAS et MAM, et des FARN aux services SSN se déroulent dans les quatre provinces. Pareillement, il existe une continuité entre les activités de traitement et de prévention dans les provinces de Kirundo et Ngozi, grâce à la collaboration entre WFP, l'UNICEF et les ONG appuyant les activités de prévention dans la communauté.

2.3 Critère d'évaluation 3 – Efficacité

Question 3.1. Dans quelle mesure l'intervention a-t-elle donné des résultats pour les femmes enceintes et allaitantes, les adolescentes et les enfants de 6-59 mois ?

A. Couverture géographique du traitement de la MAM

53. En tenant compte du budget disponible pour le programme, quatre provinces sur 18 (22%) ont été sélectionnées pour la mise en œuvre du traitement de la MAM. La sélection a tenu compte des standards de l'OMS : prévalence MAG de 5-9% avec facteurs aggravants, tels que les maladies, les déplacements des populations (provinces frontalières), la forte densité de la population et l'insécurité alimentaire. Une fois les quatre provinces sélectionnées, une analyse de la situation des CdS a été faite par le moniteur de nutrition et le bureau provincial de santé (BPS) pour orienter la sélection des CdS dans lesquels le traitement de la MAM devait être intégré, en tenant compte des aires de responsabilités de tous les CdS. A la suite de cette analyse, le PRONIANUT, le BPS et le bureau du district sanitaire (BDS) ont sélectionné les CdS dans lesquels le programme a été mis en œuvre, pour une couverture théorique de 100%.

54. Durant les analyses, l'équipe d'évaluation a trouvé que le taux de couverture physique (c'est-à-dire les centres de santé délivrant le service SSN versus les centres de santé fonctionnels dans la zone) est de 86% pour les quatre provinces, avec des variations allant de 77% (pour Ngozi) à 100% (pour Rutana). Cependant dans la réalité, chaque province a une couverture de 100%. Les différences s'expliquent par le fait que les CdS non couverts sont ceux trop proches d'un ou de plusieurs CdS qui offre(nt) déjà le service SSN dans la même aire de santé (zone de responsabilité). Dans un souci d'équité, WFP, le PRONIANUT, le BPS et le BDS ont décidé de ne pas ouvrir des services SSN dans des CdS très proches les uns des autres dans une même aire de santé. Dans de pareilles circonstances,

un seul CdS a été choisi, assurant ainsi une bonne accessibilité du service dans toutes les aires de santé avec une couverture de 100% (Figure 8 en Annexe 9)⁸.

B. Couverture de traitement (nombre de cas de MAM réellement admis)

55. La couverture de traitement se définit comme la proportion de la population éligible qui est effectivement admise au programme. De 2016 à 2019, sur les 234 841 enfants de moins de 5 ans attendus dans les quatre provinces, 184 924 ont été pris en charge, soit 78%. Le taux de couverture a beaucoup varié d'une année à l'autre au sein de la même province et entre les provinces. Par exemple, le taux de couverture le plus important dans toutes les provinces a été observé en 2017, avec des admissions dépassant les prévisions, soit 175%, avec des variations allant de 84% pour Kirundo à 189% pour Ngozi (Figure 9 en Annexe 9). Ces pics d'admissions en 2017 sont survenus en raison des rapatriés, des personnes déplacées à l'intérieur du pays, de l'admission de bénéficiaires vivant en dehors des aires de responsabilité des centres de santé, la sensibilisation communautaire et le dépistage de masse.

56. Quant aux FEFA, 51 311 ont été prises en charge sur les 45 942 attendues de 2016 à 2019, soit une couverture de 111%. Le taux de couverture a aussi beaucoup varié d'une année à l'autre pour la même province et entre les provinces (Figure 10 en Annexe 9). Comme pour les enfants de moins de 5 ans, c'est l'année 2017 qui a enregistré le taux de couverture le plus élevé dans toutes les provinces, avec des taux allant de 87% pour Kirundo à 228% pour Cankuzo.

57. Des taux de couverture supérieurs à 100% voire 200% s'expliqueraient par la volatilité et le changement rapide du contexte, ainsi que par les erreurs autour des chiffres de prévalence de la MAM. C'est un élément en défaveur de la qualité et l'efficacité du programme d'une part ; mais d'autre part, cela démontre aussi la bonne capacité du programme à absorber 10 à 80% d'admissions en plus. Il aurait été intéressant durant ces périodes de réaliser des enquêtes de couverture de type SQUEAC⁹, SLEAC¹⁰ ou S3M¹¹ pour s'assurer du taux de couverture réel et vérifier si ces forts taux ne cachent pas en réalité de nombreux autres cas non pris en charge.

58. Il est apparu lors de la collecte des données qualitatives que les communautés 'Batwa' étaient difficilement admises dans les services SSN pour des raisons culturelles. Ce sont des populations autochtones qui privilégient le traitement traditionnel fourni par leurs guérisseurs traditionnels aux soins de santé fournis dans les structures de santé gouvernementales. Certaines communautés religieuses, telles que '7ème jour' et 'Zebia' étaient également hostiles à la consommation des suppléments alimentaires. Ces religions proscrivent la consommation de certains aliments, y compris les suppléments alimentaires distribués dans les CdS, en alléguant que cela est en contradiction avec leurs principes et croyances. Enfin, certains fonctionnaires refusaient l'admission de leurs enfants au programme, parce que c'était une honte pour eux de réaliser que malgré leur statut 'avantageux' dans la société, ils hébergeaient un enfant malnutri.

⁸ Dans la province de Cankuzo, un CdS fonctionnel se trouve dans cette situation (CdS de Rujungu). Dans la province de Kirundo, il s'agit de 11 CdS (Kabuyenge, Kibazi, Kigari, Mabuga, Nyakibanda, Nyamabuye, Rutare, Sasa, Sr Bene Tereziya Ntega, Vumbi). Dans la province de Ngozi, il s'agit de 13 CdS (Kabuyenge, Kibazi, Kigari, Mabuga, Nyakibanda, Nyamabuye, Rutare, Sasa, Sr Bene Tereziya Ntega, Vumbi). Dans la province de Rutana, tous les CdS fonctionnels offrent les services SSN.

⁹ SQUEAC est une méthode d'évaluation de la couverture développée par Valid International, FHI 360/FANTA, l'UNICEF, Concern Worldwide, World Vision International, Action contre la Faim, l'université Tufts et Brixton Health. C'est une méthodologie efficace et précise qui permet d'identifier les boosters et les obstacles à l'accès aux services et d'estimer la couverture des programmes de nutrition. Elle est qualifiée de semi-quantitative, parce qu'elle emploie un mélange de données (numériques) quantitatives, collectées lors des activités régulières de supervision d'un programme, c'est-à-dire de petites études, des petites enquêtes et des enquêtes effectuées sur des zones restreintes, ainsi que des données qualitatives collectées lors des groupes de discussions informels et des entretiens avec un éventail d'informateurs.

¹⁰ SLEAC est une méthode grande zone, conçue pour évaluer la couverture d'un programme qui offre la prise en charge de la malnutrition aiguë à travers de nombreuses unités de service. Son application permet d'avoir rapidement une vue d'ensemble avec une classification de couverture par unité (élevée, moyenne ou faible) et des informations limitées sur les barrières à l'accessibilité.

¹¹ S3M est une méthode d'enquête spatiale à large surface qui s'applique idéalement dans ce contexte.

C. Performance du programme de traitement de la MAM

59. D'après le protocole national de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë, la performance du programme de traitement de la MAM est évaluée sur les quatre principaux indicateurs suivants : taux de guérison, taux de décès, taux d'abandon et taux de non-réponse au traitement. Lorsque ces indicateurs respectent les normes, cela indique que le programme est efficace.

60. Pour l'ensemble des provinces étudiées, les indicateurs de performance sont supérieurs aux exigences des normes du protocole national de prise en charge de la malnutrition du Burundi, telles que le taux de guérison > 70 %, le taux de décès < 3 % et le taux d'abandon < 15%. On note pour toutes les provinces une amélioration de ces indicateurs de 2016 à 2019. Par exemple, le taux de guérison augmente progressivement de 88% en 2016 à 91% en 2017, puis de 94% en 2018 et atteint 96% en 2019 (Figure 2).

61. Ces bonnes performances traduisent l'efficacité du programme. Néanmoins, l'équipe d'évaluation a jugé nécessaire de pousser l'analyse plus loin en s'intéressant aux interactions entre les pics d'admissions de cas de MAM et d'autres pathologies, ainsi qu'à la durée de séjour afin de renforcer ou de nuancer ces observations.

D. Interactions entre pics d'admissions de MAM et autres pathologies

62. La couverture de traitement est une donnée statique tandis que la prévalence de la malnutrition varie au cours de l'année sous l'effet de facteurs externes tels que les périodes de soudure, les maladies infantiles, ou les périodes de cultures champêtres durant lesquelles les parents sont moins disponibles pour fournir des soins aux enfants. L'équipe d'évaluation a jugé nécessaire de vérifier s'il existait une corrélation entre ces facteurs connus et l'augmentation des cas de MAM¹².

63. Les constats ont mis en évidence une variation annuelle saisonnière des admissions avec des pics d'admissions qui correspondent aux pics des maladies infantiles (paludisme, infection respiratoire aiguë (IRA), diarrhée) et à la période de soudure dans les provinces de Cankuzo, Ngozi et Rutana, bien que cela soit un peu moins bien marqué pour ces deux dernières provinces, si on les compare avec la province de Cankuzo (Figure 11, Figure 12, Figure 13 en Annexe 9). Ce type d'évolution peut être interprété comme le signe d'un programme de qualité qui arrive à absorber les augmentations naturelles et saisonnières de prévalence de la malnutrition (Myatt et al 2012). Des investigations complémentaires sont nécessaires pour comprendre le pic d'admission récurrent observé annuellement durant la période de juin-juillet pour Cankuzo, juillet-août pour Ngozi et janvier-février pour Rutana. Pour la province de Kirundo, la variation annuelle saisonnière des admissions avec des pics d'admission qui correspondent aux pics des maladies infantiles et de la période de soudure n'apparaît pas clairement (Figure 14 en Annexe 9). Ce type d'évolution peut être interprété comme le signe d'un programme qui n'arrive pas à absorber les augmentations naturelles et saisonnières de prévalence de la malnutrition, et qui de ce fait nécessite des efforts pour améliorer la couverture ou identifier les barrières d'accès. L'autre explication serait que la mise en œuvre conjointe d'interventions de prévention de la malnutrition, telle que la distribution des vivres alimentaires, les transferts monétaires et les jardins potagers dans la province de Kirundo, aurait prévenu la survenue des pics (plus de détails sont fournis dans le chapitre Impact, question 5.1). Dans les quatre provinces, la tendance des admissions des FEFA suit celle des enfants MAM avec des pics durant les mêmes périodes (Figure 15 en Annexe 9).

E. Durée de séjour dans le programme

64. Bien que faisant partie des critères de performances des programmes de prise en charge de la malnutrition, la durée de séjour est rarement analysée ou reportée dans le suivi et l'évaluation des programmes de traitement de la MAM¹³. Pourtant cet indicateur peut donner des indices importants sur la qualité de la prise en charge et les barrières qu'elle peut rencontrer. Une durée moyenne de

¹² Une bonne corrélation entre les variations saisonnières des admissions et ces facteurs externes peut être interprétée comme le signe d'un programme efficace (Myatt et al 2012).

¹³ Ce manquement va au-delà du WFP Burundi ou du WFP en général, et il est observé dans tout le secteur nutrition aussi bien en contexte d'urgence que de développement.

séjour faible indique un taux d'abandon important et une faible capacité de rétention du programme qui peuvent être liés à un problème d'acceptabilité (par exemple, un mauvais accueil ou un temps d'attente trop long dans les CdS) ou des difficultés d'accès au service (par exemple, une distance trop importante pour atteindre le CdS ou une route impraticable)¹⁴. Au contraire une durée moyenne de séjour longue peut indiquer une mauvaise application du protocole de prise en charge dans le CdS (par exemple, des critères de sorties non respectés) ou dans la communauté (par exemple, le partage des rations). L'analyse des données secondaires quantitatives collectées dans les CdS visités a montré que la durée moyenne de séjour des enfants de moins de cinq ans admis dans le programme était de 6 semaines, ce qui est jugé « acceptable » par le protocole national de prise en charge de la malnutrition aiguë au Burundi (< 8 semaines), et serait donc en faveur de l'efficacité du programme.

65. Cependant l'analyse approfondie de la distribution des durées de séjours montre que près de 55% d'enfants admis au programme étaient déclarés guéris exactement au bout de 6 semaines, tandis que toutes les autres durées de séjours présentaient des fréquences inférieures à 10% (Figure 16 en Annexe 9). On se serait attendus à observer une distribution suivant la loi normale, c'est-à-dire des valeurs qui décroissent régulièrement et de façon symétrique à partir de la valeur modale (la valeur la plus élevée, ici étant 6 semaines). La courbe de Gauss ajoutée à l'histogramme des durées de séjours permet d'apprécier la différence entre la distribution attendue et la distribution observée. Des investigations poussées doivent être menées pour comprendre si les enfants sont effectivement déchargés du programme comme étant guéris ou maintenus dans le programme pendant 6 semaines, quelle que soit l'évolution de leur état nutritionnel.

66. Il n'a pas été possible de déterminer la durée de séjour dans le programme avant abandon du fait du faible nombre de cas d'abandons rapportés dans les CdS. La durée de séjour avant abandon est un indicateur intéressant sur la capacité de rétention d'un programme, informant aussi indirectement sur sa qualité et son efficience.

F. Quantités de PlumpySup et CSB++ distribuées

67. Les analyses ont été effectuées pour apprécier l'adéquation entre les quantités de suppléments alimentaires distribuées et le nombre de bénéficiaires pris en charge, afin d'estimer l'adhésion au programme. La Figure 17 en Annexe 9 montre qu'il existait une cohérence entre la progression du nombre d'enfants admis au programme et les quantités de PlumpySup distribuées au fil du temps. En effet, les quantités distribuées ont augmenté avec le nombre croissant d'admissions de bénéficiaires. Cependant, les prévisions étaient souvent dépassées, particulièrement en 2017, à cause des pics importants d'admissions enregistrées durant cette année. Une autre raison était la surestimation du nombre de bénéficiaires attendus faite par les agents de santé dans le but de recevoir des quantités importantes de suppléments alimentaires (plus de détails sont fournis plus bas sur la diversion des suppléments alimentaires, dans la section H; 'Contraintes').

68. Au total 1 183,575 kg de PlumpySup ont été distribués à 295 254 enfants, soit en moyenne 4 kg par enfant. Ceci est légèrement supérieur à la moyenne attendue, car, d'après le protocole national de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë, un enfant doit recevoir 92 g de PlumpySup par jour, soit 644 g par semaine. La durée moyenne de séjour dans le programme étant de 6 semaines, un enfant devrait recevoir en moyenne 3,86 kg de PlumpySup pendant la durée de son traitement. L'analyse par province (Tableau 4 ci-dessous) montre que dans les provinces de Ngozi et Cankuzo, les quantités distribuées par enfant étaient plus faibles (3,8 kg - soit une durée de traitement plus courte d'une semaine en moyenne). Kirundo était juste dans la moyenne avec 3,9 kg. Rutana avec 4,5 kg avait une durée moyenne de traitement plus élevée que les autres provinces (plus de 7 semaines¹⁵). Il est à noter que les données de 2016 ne semblent pas cohérentes avec les données des autres années, quant aux quantités distribuées par bénéficiaire (10 fois supérieures à Rutana et Ngozi) ; elles sont

14 Dans cette évaluation, les entretiens et FGD se sont déroulés dans les CdS avec à priori des gens qui ont une certaine facilité d'accès au centre de santé. L'équipe d'évaluation ne pouvait pas conduire des FGD dans la communauté à cause du contexte politique sensible durant lequel les visites dans la communauté auraient été qualifiées de suspectes. L'analyse des barrières, qui se fait normalement dans la communauté avec des gardiens/gardiennes d'enfants MAM qui sont confrontés à des problèmes d'accès au CdS, n'a pu être effectuée, et constitue une limite de l'évaluation.

15 L'hypothèse étant que tous les enfants reçoivent bien leurs rations comme stipulé dans le protocole national de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë.

présentées pour information, mais n'ont pas été prises en compte dans les calculs. Cela pourrait s'expliquer par des erreurs dans les bases de données fournies avec une surestimation des quantités distribuées, une sous-estimation des bénéficiaires ou le mélange de catégories de bénéficiaires et de types de suppléments alimentaires.

Tableau 4. Quantités moyennes de PlumpySup (kg) distribuées par enfant de moins de 5 ans de 2016 à 2019

	Cankuzo	Kirundo	Ngozi	Rutana	Total
2016	NA	NA	20,9	27	24,9
2017	2,8	1,9	2,5	3,1	2,7
2018	5,5	5,8	6,2	6,2	5,8
2019	3,2	2,9	4,3	2,1	3
Moyenne pondérée¹⁶	3,8	3,9	3,8	4,5	4

NA = Non Applicable

69. Quant aux FEFA, les quantités de CSB++ distribuées ont aussi augmenté avec l'augmentation du nombre de bénéficiaires, et avec des pics de distribution qui dépassaient les prévisions durant l'année 2017 dans les provinces de Ngozi et Cankuzo, en raison du nombre important d'admissions durant cette période (Figure 18 en Annexe 9).

70. Un total de 1 704 tonnes de CSB++ ont été distribuées à 266 373 bénéficiaires, soit 6.4 kg en moyenne par femme. Selon le protocole national de prise en charge de la MAM, une femme enceinte ou allaitante doit recevoir 250 g de CSB++ par jour, soit 1 750 g par semaine, pour une durée moyenne de 3 semaines de traitement couvert, ce qui est relativement faible. En raison de l'absence de données dans les CdS et dans les bases de données, l'équipe d'évaluation n'a pas pu estimer les quantités de CSB++ distribuées aux enfants de moins de cinq ans durant les périodes de ruptures de PlumpySub (voir plus de détails sur les ruptures de stocks dans le chapitre efficacité). Dans les CdS visités, il n'a pas été possible de déterminer la durée réelle de séjour des femmes dans le programme afin de trianguler cette information.

71. Contrairement aux enfants de moins de 5 ans, les FEFA ne sont pas suivies avec des fiches individuelles dans lesquelles sont enregistrées des informations à chacune de leurs visites dans le CdS. L'analyse par province (Tableau 5 ci-dessous) ne permet pas d'affirmer que les provinces distribuant le moins de CSB++ par femmes seraient les plus efficaces en termes de résultats (Cankuzo et Rutana - parce que la durée de traitement y serait la plus courte – cependant, cette durée n'est pas précisée).

Tableau 5. Quantité moyenne CSB++ distribuée par FEFA de 2016 à 2019

	Cankuzo	Kirundo	Ngozi	Rutana	Total
2016	NA	NA	3,6	3,9	2,9
2017	6,9	7,2	7,5	6,3	6,8
2018	6,2	9,3	9,7	6,4	7,7
2019	6,6	8,8	8	7,6	7,7
Moyenne pondérée¹⁶	6,6	8,4	7,2	6,1	6,4

NA = Non Applicable

Question 3.2. Y a-t-il eu des résultats positifs ou négatifs non intentionnels ?

72. D'après les agents de santé interviewés et les gestionnaires, les principaux résultats positifs inattendus étaient les suivants :

¹⁶ Le total n'est pas une moyenne simple mais une moyenne pondérée. Certaines provinces ont reçu plus de suppléments alimentaires que d'autres en valeur absolue, ce qui a eu un impact sur la moyenne générale.

- L'admission d'un nombre important de bénéficiaires enregistrés dans les autres services tels que la consultation prénatale, la planification familiale, le suivi promotion de la croissance et le programme élargi de vaccination, à cause de l'attraction créée par la disponibilité du CSB++ dans le programme de traitement de la MAM. Culturellement, les femmes enceintes ne font pas mention de leurs grossesses dans la communauté durant le premier trimestre ; mais grâce au programme, elles se présentaient très tôt au service de consultation prénatale pour le dépistage dans

" (...) en dehors de certains adeptes de religions que nous avons mentionné, il n'y a pas de contraintes ou de tabous pour l'accès aux services ici. Au contraire, une personne malnutrie qui est sur la liste des admis se considère comme chanceuse parce qu'elle va bénéficier de suppléments alimentaires, d'autant plus que la plupart du temps ces bénéficiaires sont des démunies".
[Responsable SSN, Kirundo].

l'espoir de bénéficier du CSB++. Dans la plupart des cas, les femmes consultaient avec leurs enfants également, et les agents de santé en profitaient pour dépister la malnutrition, les vacciner ou rattraper les vaccins de ceux qui avaient abandonné. Certaines femmes quittaient les provinces voisines dans lesquelles il n'y avait pas de services SSN pour venir consulter dans les CdS qui offraient ces services, toujours dans l'espoir de bénéficier des suppléments alimentaires, engendrant ainsi une admission des bénéficiaires en dehors des aires de responsabilité des CdS (ce qui explique aussi certains pics d'admissions observés).

- En outre, la visibilité de WFP s'est accrue avec la mise en œuvre du programme, tant au niveau national que des provinces et districts sanitaires. Grâce au programme de traitement de la MAM, WFP est désormais un acteur incontournable de nutrition dans le pays.

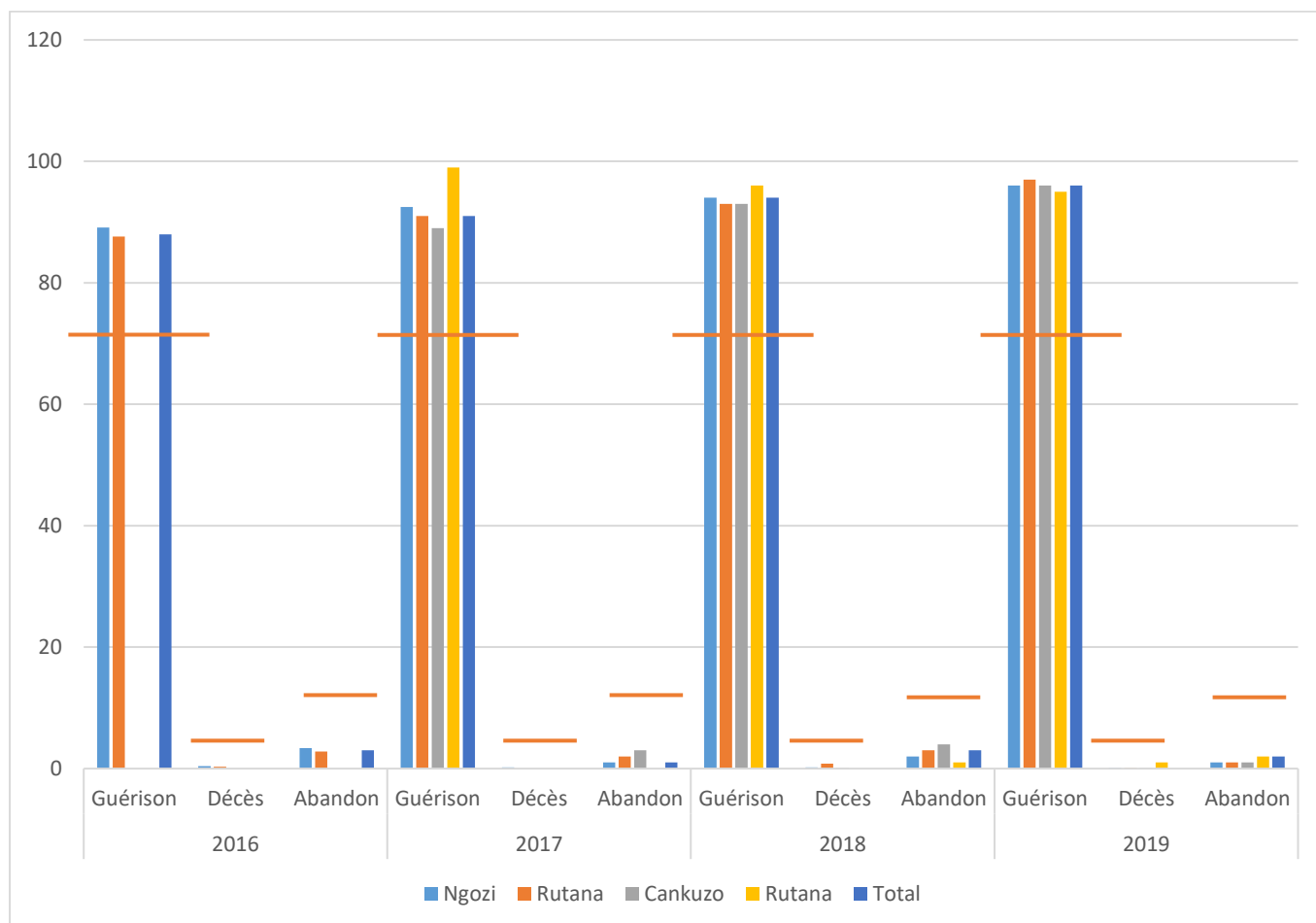
73. Quant aux **résultats négatifs inattendus**, les éléments suivants ont été identifiés :

- *Abandon des méthodes de contraception.* Dans le district de Kirundo, les agents de santé et les responsables SSN ont rapporté des cas de plus en plus nombreux de grossesses rapprochées ; des femmes abandonnent les méthodes contraceptives pour tomber enceintes dans l'espoir d'être admises au programme et de bénéficier du CSB++. Plusieurs de ces femmes se sont même faussement déclarées enceintes pour bénéficier du CSB++, et c'est à la suite des résultats négatifs de leurs tests de grossesse qu'elles ont été sorties du programme.
- *Partage des suppléments alimentaires en famille.* Selon les participants aux discussions de groupe, c'est normal que la bouillie préparée à partir du CSB++ soit partagée par tous les membres de la famille durant le petit déjeuner.
- *Ventes illicites des suppléments alimentaires sur le marché local.* Ceci aurait entraîné des cas de non-réponses au traitement dus à une consommation insuffisante des suppléments alimentaires en famille. Néanmoins, une sensibilisation active et l'intervention des forces de l'ordre (éléments de la police) dans les marchés et les boutiques/commerces ont permis de ralentir ces ventes illicites.
- *Augmentation de la charge de travail du personnel de santé.* Du fait qu'une seule journée de la semaine soit dédiée spécifiquement aux activités SSN (dépistage, soins, distribution de suppléments alimentaires) dans les CdS, plutôt qu'un étalage sur plusieurs jours de la semaine¹⁷, les agents de santé se sont plaints de la charge de travail importante et du fait que les autres services de santé sont négligés au profit de la distribution. Les ASC et les membres des comités de santé (COSA) ont suggéré d'appuyer ces agents durant ces jours afin d'alléger cette charge de travail, moyennant des incitatifs financiers ou en nature.
- *Manque de motivation du personnel de santé, des responsables SSN, ASC et mamans lumières.* D'après les agents de santé interviewés, WFP ne fournit pas aux agents des vivres comme incitatifs. Ceci affecte négativement leur motivation à effectuer les activités de nutrition, parce qu'ils reçoivent des incitatifs financiers pour la mise en œuvre des autres

¹⁷ Le PRONIANUT, les BPS et les bureaux des districts sanitaires ont décidé d'une seule journée de la semaine pour les activités de SSN dans les CdS afin de minimiser le risque que les mêmes bénéficiaires soient admis dans plusieurs CdS en même temps.

services du paquet d'activités des CdS dans le cadre du programme des financements basés sur la performance. Par conséquent, les activités de nutrition ne constituent pas une priorité pour eux. D'après eux, cette absence d'incitatifs serait aussi la cause de certains détournements et de ventes illicites de suppléments alimentaires sur le marché local, qui permettent aux agents d'arrondir leurs fins de mois.

Figure 2. Indicateurs de performance pour les quatre provinces de 2016 à 2019



— Limite de référence selon le protocole national (taux de guérison > 70 %, taux de décès < 3 %, taux d'abandon < 15%)

Question 3.3. Dans quelle mesure les activités de mobilisation communautaire et d'éducation nutritionnelle ont-elles entraîné une prise de conscience et une demande des services de nutrition ?

74. Dans le cadre de la mise en œuvre du programme de prise en charge de la malnutrition aiguë au Burundi, l'UNICEF et certaines ONG appuient la composante communautaire pour le dépistage et le référencement des enfants et FEFA malnutris. Cet appui a bénéficié au programme de traitement de WFP parce que d'après les agents de santé interviewés, la majorité des bénéficiaires admis dans les services SSN avaient été référés par les ASC et les mamans lumières.

"Avant l'intervention du traitement de la MAM, la malnutrition n'était pas beaucoup connue dans notre localité (...) la population se précipitait chez les guérisseurs traditionnels pour les soins ; mais grâce à la sensibilisation des mamans lumières et la prise en charge dans le centre de santé, nous avons pris conscience des conséquences de la malnutrition". [FGD avec mères d'enfants < 5 ans, Rutana].

75. WFP a distribué certains supports du programme d’Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE) dans les CdS et les directives ANJE sont promues dans les CdS et la communauté. Dans la province de Cankuzo spécifiquement, WFP a formé les mamans et papas MUAC pour le dépistage actif des enfants et FEFA dans la communauté. Des campagnes de dépistage actif effectuées en décembre 2016 par le PRONIANUT dans six provinces du pays ont permis une admission importante des bénéficiaires observée en 2017 (PRONIANUT 2016). Cependant, l’irrégularité des activités de dépistage, de suivi et de sensibilisation à domicile ont influencé le taux d’admission plus faible, enregistré les autres années. Par conséquent, les activités communautaires régulières ont créé une demande des services SSN parce que les populations ont été plus conscientes de l’existence des services et y ont adhéré.

Question 3.4. Quels sont les principaux facteurs qui ont contribué à l’atteinte ou non, des indicateurs de performance tels que la guérison, le décès et les abandons dans les provinces ciblées ?

G. Facteurs facilitants

76. D’après les participants aux entretiens individuels et FGD, les principaux facteurs qui ont positivement contribué à l’atteinte des résultats du programme sont les suivants :

- *La formation des personnels de santé.* Les formations d’agents de santé pour le dépistage et la prise en charge de la MAM chez les enfants de moins de 5 ans et les FEFA se sont faites en cascades. Au moins deux prestataires ont été formés dans chaque CdS (agent de santé et responsable SSN), de même que des ASC et mamans lumières. Ceux-ci ont acquis une bonne compréhension du programme et ont favorisé les admissions et prises en charges.
- *La bonne couverture géographique du programme,* qui a rapproché les CdS des bénéficiaires attendus, donc facilité l’accès aux services.
- *La gratuité des soins* de santé aux enfants de moins de 5 ans et FEFA ont également facilité l’accès aux services dans les CdS.
- *Les campagnes de dépistages de masse* effectuées par les ASC et les mamans lumières en décembre 2016 ont contribué aux pics d’admissions observés dans les CdS en 2017.
- *La disponibilité des suppléments alimentaires* (PlumpySup et CSB++) a augmenté le taux de fréquentation des CdS.
- *L’appui financier de WFP aux districts sanitaires* a permis d’effectuer des activités de suivis et de supervisions, bien que celles-ci étaient irrégulières.

H. Les contraintes

77. D’après les gestionnaires de programme interviewés, un des défis de l’application des Mémoires d’entente (MoU) qui lient WFP et les structures de l’Etat, était l’irrégularité des activités de suivis et des supervisions planifiées, bien qu’appuyées financièrement par WFP. Il est toujours difficile de mobiliser tous les acteurs gouvernementaux concernés pour les visites conjointes, car cela dépend de leurs disponibilités (calendriers très chargés). Le taux de réalisation des activités de supervision de WFP en collaboration avec le PRONIANUT en 2019 était de 20-30% de ce qui avait été planifié, à cause des difficultés d’harmoniser les calendriers (du fait des disponibilités).

78. L’autre raison est que bien que plusieurs responsables du Ministère de la Santé aient la capacité technique pour juger de la qualité du programme, il est difficile pour eux d’influencer les changements opérationnels et les politiques qui devraient découler de ces supervisions.

79. Ces irrégularités de suivis et supervisions ont certainement influencé la qualité du programme. Etant donné que les rapports de WFP et que la planification des activités s’appuient sur les bases de données du programme, l’équipe d’évaluation a analysé la fiabilité de ces données. Les registres de prise en charge dans les CdS sont les premiers supports dans lesquels sont enregistrées toutes les informations de prise en charge de la MAM. C’est à partir de ces registres que sont établis les rapports

mensuels, qui seront saisis dans la base de WFP ou dans la base officielle du DHIS2¹⁸. Durant les visites de terrain, l'équipe d'évaluation a fait une comparaison des données issues des registres des CdS avec celles fournies dans la base de données DHIS2 afin de juger de leur fiabilité.

80. La Figure 3 ci-dessous montre une surestimation des données retrouvées dans la base DHIS2 versus celles retrouvées dans les registres. En effet, environ 6,4% de plus de cas ont été rapportés pour l'ensemble de l'année 2016, tandis que 7,6% de plus ont été rapportés en 2017, environ 7,7% en 2018 et 1,42% en 2019. Bien que ces différences ne soient pas statistiquement significatives (p value = 0,4 ; Tableau 20 en Annexe 9) et que ces données peuvent être considérées comme acceptables globalement, elles démontrent une qualité insuffisante dans la tenue des supports (registres et rapports mensuels) et des problèmes dans la fiabilité des données transmises du niveau périphérique vers le niveau central.

81. Selon la classification LQAS choisie,¹⁹ la qualité des bases de données peut être classée dans la catégorie 'acceptable'. En effet, 10 des 20 centres de santé avaient des données de registres concordantes avec celles des bases de données, et/ou ne montraient pas de différence significative. Dans les sites critiques (de qualité non acceptable), l'équipe a noté une absence d'informations importantes, comme les dates d'admissions ou de sorties dans les registres et les fiches individuelles de suivi. Dans les sites ayant une bonne tenue des registres de données, il existait un écart faible entre les données extraites des bases de données et celles observées dans les supports, tels que les papiers et les registres. De plus, l'écart faible observé en 2019 (1,4%) s'expliquerait par une amélioration de la qualité des données rapportées, qui résulterait de l'effet dissuasif de la police sur les détournements des suppléments alimentaires des sanctions infligées aux agents de santé fautifs et de la sensibilisation effectuée auprès de ceux-ci.

82. Le facteur le plus important qui aurait joué sur la qualité des données serait la fréquence des supervisions, qui elle-même serait liée à l'accessibilité des sites - les sites situés en bordure des axes routiers ayant de meilleurs résultats parce que facilement accessibles en raison du bon état de la route (Figure 19 en Annexe 9). Ces sites auraient reçu des supervisions plus fréquentes des responsables provinciaux et des districts, durant lesquelles les anomalies identifiées ont été corrigées. L'autre explication serait la relative stabilité (longévité d'emploi) des agents de santé opérant dans ces centres de santé proches des axes routiers.

83. D'après les responsables de programmes interviewés, la surestimation observée au niveau de la base DHIS2 s'expliquerait par le fait que les titulaires des CdS revoient régulièrement les chiffres sur le nombre d'admissions à la hausse à la fin du mois avant de les soumettre, afin qu'ils correspondent aux quantités importantes de suppléments alimentaires distribués. Cet ajustement ne peut se faire durant les jours de distribution parce que les agents sont très occupés à fournir les services. Les chiffres réels sur les nombres d'admissions sont donc rapportés dans les registres. Cependant, les quantités de suppléments alimentaires distribuées sont supérieures au nombre de bénéficiaires admis, parce qu'une partie de ces suppléments est utilisée pour d'autres fins. Par conséquent, les agents de santé harmonisent les chiffres à la fin du mois en revoyant à la hausse le nombre de bénéficiaires admis (ce qui constitue 'une tricherie' d'après les moniteurs et points focaux de nutrition interviewés).

¹⁸ DHIS est une plateforme logicielle de rapportage, d'analyse et de diffusion des données de tous les programmes de santé, développée par le Health Information Systems Program (HISP). Toutes les données sanitaires du Burundi sont saisies en ligne sur cette plateforme qui est la référence officielle.

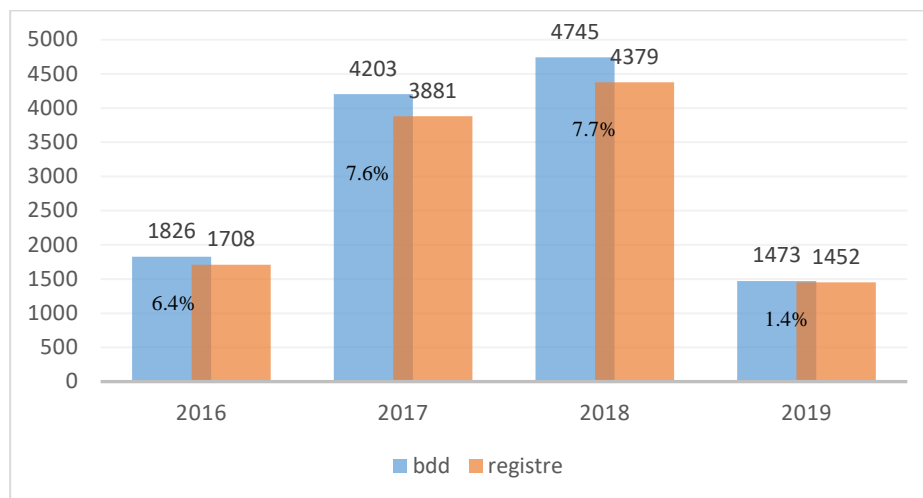
¹⁹ La méthodologie LQAS donne la flexibilité de fixer les seuils en fonction du contexte et des besoins du programme sans imposer de seuil. Le but ultime est de choisir des seuils réalistes en vue d'améliorer le programme.

Bonne qualité : Plus de 14 CdS sur 20 ont des données concordantes entre registres et base de données.

Qualité acceptable : 13 CdS sur 20 ont des données concordantes entre registres et base de données.

Qualité non acceptable : 9 CdS ou moins sur 20 ont des données concordantes entre registres et base de données.

Figure 3. Comparaison du nombre d'admissions MAM pour les moins de 5 ans entre les bases de données DHIS2 (WFP) et les registres dans 20 CdS.



Boîte 3. Résultats Clés – Efficacité

- En dehors de l'année 2016 où les admissions étaient faibles en raison du démarrage timide du programme, les taux d'admissions étaient proches des prévisions ou ont même dépassé les attentes durant l'année 2017 en particulier.
- Il existait une cohérence entre la progression du nombre d'enfants et de FEFA admis au programme et les quantités de PlumpySup et CSB++ distribuées au fil du temps.
- Il existait une variation annuelle saisonnière des admissions avec des pics d'admissions qui correspondent aux pics des maladies infantiles (paludisme, infection respiratoire aiguë (IRA), diarrhée) et de la période de soudure dans les provinces de Cankuzo, Ngozi et Rutana.
- La durée médiane de séjour des enfants admis au programme jusqu'à guérison était de 6 semaines.
- Pour l'ensemble des provinces, les indicateurs de performance sont supérieurs aux exigences des normes du protocole national de prise en charge de la malnutrition du Burundi (taux de guérison > 70%, taux de décès < 3%, taux d'abandon < 15%).
- Les facteurs ayant contribué à l'atteinte des résultats incluent la formation des agents de santé, responsables SSN et mamans lumières, la bonne couverture géographique du programme, la gratuité des soins, le dépistage actif communautaire et la sensibilisation sur les bonnes pratiques de santé et d'alimentation.
- La disponibilité du CSB++ dans les CdS a créé une attraction vis-à-vis du programme, aboutissant à des admissions importantes de bénéficiaires provenant des autres services offerts dans les CdS. Cependant les résultats négatifs incluent les grossesses rapprochées (province de Kirundo), le partage en famille des suppléments alimentaires et les ventes illicites de ces suppléments.
- L'irrégularité des suivis et des supervisions a négativement influencé la qualité du programme, particulièrement le remplissage des fiches individuelles et des registres, ainsi que le rapportage mensuel.

2.4 Critère d'évaluation 4 – Efficience

Question 4.1. Les objectifs du programme ont-ils été atteints dans le temps imparti ?

84. D'après les entretiens individuels conduits auprès des responsables du programme et les gestionnaires du budget en capitale, les financements du programme de traitement de la MAM ont été régulièrement décaissés par le bailleur tel que planifié. Étant donné que le financement fourni par FFP est une subvention, le programme de traitement de la MAM a été conçu en conformité avec l'enveloppe financière mise à la disposition de WFP par le bailleur. Par conséquent, l'estimation du nombre de bénéficiaires attendus et des ressources afférentes a été faite en tenant compte du montant de la subvention disponible. Au cours de la mise en œuvre, le programme a été confronté à des admissions plus importantes de bénéficiaires que prévues, avec des effets négatifs inattendus sur les stocks (ruptures). Afin de pallier cet écart, le bureau de pays WFP a fait une demande de fonds additionnels au bailleur en 2018 pour l'achat de suppléments alimentaires (PlumpySup et CSB++) nécessaires pour couvrir adéquatement la période 2018-2020²⁰.

85. En dépit de la disponibilité des financements et de leur décaissement dans le temps, la principale difficulté expérimentée par les responsables de programme était la période d'attente entre la commande des suppléments alimentaires et leur arrivée effective dans le pays. En effet, le CSB++ est fourni sous la forme 'in kind' (en nature) au programme. Ils sont commandés au siège du WFP à Washington aux États-Unis. Les procédures au siège consistent à regrouper les commandes provenant de plusieurs pays afin d'expédier des quantités importantes de CSB++ par bateaux aux ports de Nairobi au Kenya et/ou Dar-Es-Salem en Tanzanie. À partir de ces points, les commandes sont dispatchées dans différents pays dont le Burundi, en utilisant les camions de transport routier ou les petits bateaux qui accosteront à Bujumbura en empruntant le lac Tanganyika. Ce processus de regroupement de plusieurs commandes avant expédition opérée par le siège est souvent à l'origine des décalages entre l'admission des bénéficiaires au programme et l'arrivée effective des suppléments alimentaires. Dans le cas du Burundi, il s'écoule en général une période de 6 mois entre la commande du CSB++ et sa livraison dans le pays. Afin de pallier ces écarts en attendant l'arrivée du CSB++, les responsables de programmes sont parfois contraints d'instruire aux agents de santé de distribuer d'autres types de suppléments alimentaires aux bénéficiaires, tels que les super-céréales, afin de minimiser les risques d'abandons.

86. L'analyse des données secondaires des CdS et les entretiens avec les agents de santé et responsables SSN ont montré que tous ces centres ont connu des périodes de ruptures de suppléments alimentaires allant d'un à 4 mois non consécutifs pendant la durée de mise en œuvre du programme (2016 à 2019). Afin de pallier l'écart, les super-céréales ont été distribués aux bénéficiaires lorsque disponibles. En cas de ruptures de PlumpySup, le CSB++ a été distribué aux enfants de moins de 5 ans admis (comme ce fût le cas en 2019). Dans le cas de rupture de tous les types de suppléments alimentaires, les bénéficiaires étaient obligés de patienter en attendant la livraison du PlumpySup et CSB++ avant de continuer leur traitement²¹.

87. Outre le décalage entre la commande et la livraison des suppléments alimentaires dans les CdS, les moniteurs de terrain, points focaux de la nutrition, les responsables logistiques et titulaires des CdS ont évoqué les raisons suivantes pour expliquer les ruptures de stocks du PlumpySup et CSB++ observées pendant la mise en œuvre du programme :

- **Au niveau des districts sanitaires :** La 'non-implication' des gestionnaires de pharmacies du district, des titulaires des CdS et responsables SSN dans l'estimation des besoins en suppléments alimentaires en est la cause. En effet, ceux-ci se sont plaints que cette estimation est faite unilatéralement par WFP qui se base sur les données de consommation des mois antérieurs pour estimer les besoins. D'après ces agents de santé, cette approche n'a pas pris en compte les fluctuations régulières observées dans l'admission des bénéficiaires

²⁰ Activité 6 du plan stratégique intérimaire du pays 2018-2020.

²¹ La distribution de super-céréales pour traiter la MAM est conforme au protocole national de prise en charge de la malnutrition aiguë. Cependant, dans le cadre spécifique de ce projet, la super-céréale n'est pas financée par FFP. Les financements provenant d'autres sources ont donc été utilisés pour le traitement des bénéficiaires admis au programme appuyé par FFP, ce qui constitue une 'dilution' et une limite de l'analyse coût-efficience du programme.

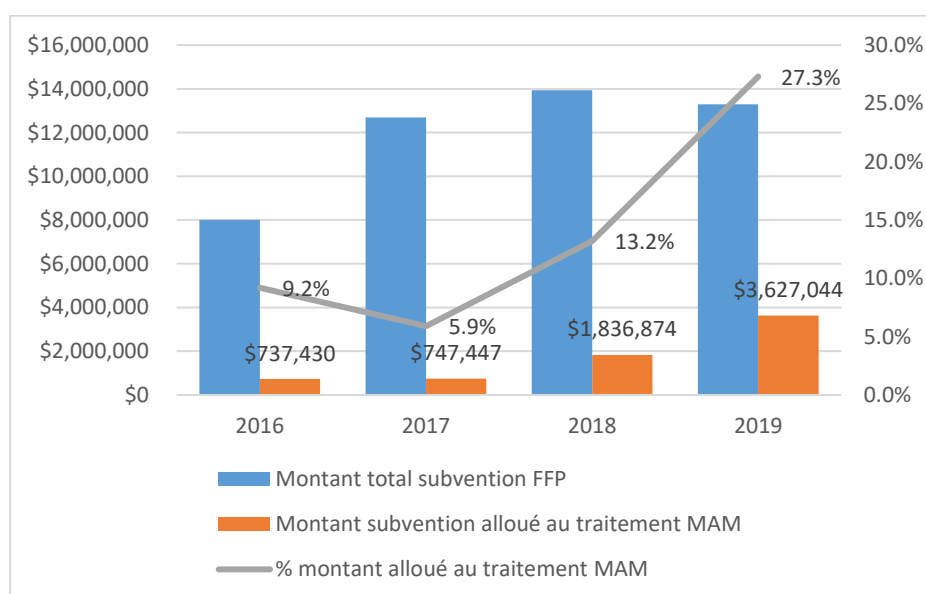
durant certains mois de l'année, ou pour d'autres raisons telles que les retours des réfugiés et des déplacés internes, et l'admission dans le programme de bénéficiaires vivants en dehors des zones de responsabilité des CdS. Les responsables des pharmacies de districts interviewés étaient au courant que les livraisons des suppléments alimentaires se font directement dans les CdS par WFP, mais ils n'avaient aucune information sur l'estimation des bénéficiaires, la commande, le stockage et le planning de livraison des suppléments alimentaires dans ces centres. Toutes ces activités étaient gérées par WFP en parallèle du système national de la chaîne d'approvisionnement.

- **Au niveau des centres de santé :** La faible capacité de stockage est un autre problème, les CdS ne disposant pas de suffisamment d'espaces pour stocker des quantités importantes de suppléments alimentaires pouvant couvrir une période de 2 ou 3 mois consécutifs. Par ailleurs, les livraisons étaient irrégulières ou tardives dans les CdS éloignés ou difficiles d'accès durant les saisons de pluie ; par conséquent ces centres ont expérimenté des ruptures de stocks plus fréquentes.
- **Au niveau des communautés :** Le 'détournement' et la vente illicite du PlumpySup et du CSB++ sur le marché local existent, engendrant des ruptures prématurées de stocks dans les structures de santé.

Question 4.2. Le traitement de la MAM a-t-il le meilleur rendement coût-efficace en termes de couverture et d'adhésion ?

88. Le budget total du projet financé par FFP et reçu par le bureau de pays WFP Burundi sous forme de subvention annuelle a varié au cours du temps. Il était de 47 923 099 \$ pour les quatre années d'appui (2016 à 2019). Le programme de traitement de la MAM a pris de l'ampleur au fil du temps, puisque le budget qui lui est spécifiquement dédié a augmenté au fil du temps, passant de 737 430 \$ en 2016 (représentant 9,2% du budget total) à 3 627 044 \$ en 2019 (représentant 27,3% du budget total). Le montant total des dépenses allouées au traitement de la MAM durant la période 2016 à 2019 était de 6 948 795 \$. Ce montant a donc triplé en 4 ans de mise en œuvre du programme, vu le nombre d'admissions croissant et des quantités de suppléments alimentaires distribuées au fil du temps. Figure 4 ci-dessous illustre la tendance des montants de subvention alloués au programme de traitement de la MAM durant la période 2016 à 2019 en comparaison au budget total de financement FFP au bureau de pays WFP.

Figure 4. Tendances du financement du programme de traitement de la MAM durant la période 2016 à 2019



89. Le Tableau 6 ci-dessous montre que les différentes catégories d'activités ont été totalement financées telles que prévues. Certaines activités telles que l'achat, le transport, le stockage et la distribution du CSB++ et du PlumpySup dans les CdS ont effectué des dépenses au-delà de ce qui était planifié (plus de 100% de dépenses en 2017, 2018 et 2019), ce qui confirme que les financements supplémentaires ont été reçus par WFP en 2018 pour combler les besoins engendrés par le surplus de bénéficiaires enregistré en 2017. L'Annexe 10 décrit en détails les montants réels dépensés chaque année, versus ceux planifiés²².

Tableau 6. Écart entre le taux de décaissement réel versus prévu durant la période de mise en œuvre du programme de 2016 à 2019 (%)

	2016	2017	2018	2019
Achat PlumpySup	100	0	96,9	96,7
Achat CSB++	0	104,3	115,3	100
Transport du PlumpySup jusqu'au Burundi	100	0	105,8	105,3
Transport du CSB++ jusqu'au Burundi	0	104,3	109,8	102,4
Stockage, transport et distribution des suppléments alimentaires dans le pays	100	100	107,1	107,8
Développement des capacités	100	44,6	99,3	101,6
Support au projet	100	100	99,2	100
Autres	100	100	100	100

90. En ce qui concerne les dépenses par catégories effectuées pour le programme de traitement de la MAM, le Tableau 7 ci-dessous montre que l'achat des suppléments alimentaires représentait 51,4% des dépenses totales, soit 32,4% pour le PlumpySup et 19% pour le CSB++. Ensuite venait le développement des capacités (17,2%), qui inclue la distribution des matériels, équipements et fournitures dans les CdS, ainsi que la formation des agents de santé, le suivi et la supervision des activités du programme. Le transport, le stockage et la distribution des suppléments alimentaires ont un pourcentage cumulatif de 16% (5,2% + 6,1% + 4,7%).

91. En résumé, les coûts opérationnels se rapportant aux suppléments alimentaires représentaient 67,4% (51,4% + 16%) des dépenses totales effectuées, et constituaient par conséquent la pierre angulaire du programme de traitement de la MAM au Burundi durant la période de 2016 à 2019.

²² Ces résultats ne prennent pas en compte les coûts indirects (participation gouvernementale à travers les infrastructures, le personnel de santé et agents d'appui SSN). La participation communautaire (coût du dépistage, sensibilisation par les mamans lumières, coût d'opportunité des parents d'enfants admis au programme) n'a pas aussi été prise en compte. Ces éléments, qui nécessitent une collecte de données primaires ne faisaient pas partie des exigences des termes de références. L'analyse financière s'est donc focalisée sur les données secondaires existantes sur les dépenses du programme.

Tableau 7. Dépenses par catégories effectuées pour le programme de traitement de la MAM durant la période de 2016 à 2019 (en \$)

	2016	2017	2018	2019	Total	% dépenses
Achat PlumpySup	412 500	0	781 884	1 059 192	2 253 576	32,4
Achat CSB++	0	355 831	101 665	862 125	1 319 621	19,0
Transport du PlumpySup jusqu'au Burundi	92 205	0	154 576	115 090	361 871	5,2
Transport du CSB++ jusqu'au Burundi	0	147 514	23 869	252 014	423 397	6,1
Stockage, transport et distribution	21 558	36 865	75 922	193 091	327 436	4,7
Développements des capacités : matériels/ équipements/ fournitures, formations, recherche, suivi, supervisions, etc.	125 882	16 882	433 25	616 760	1 192 775	17,2
Support au projet	37 042	139 795	156 150	156 150	489 137	7,0
Autres	48 243	50 559	109 558	169 676	378 036	5,4
Total	737 430	747 447	1 836 874	3 627 044	6 948 795	100,0

92. En ce qui concerne le coût moyen par bénéficiaire (enfant de moins de 5 ans ou FEFA), les analyses ont permis de déterminer qu'il était de 24 \$ par bénéficiaire admis/traité et 26 \$ par bénéficiaire traité jusqu'à guérison (Tableau 8 ci-dessous.) Les coûts les plus élevés ont été observés en 2019 (81 \$ par bénéficiaire traité et 83 \$ par bénéficiaire guéri) ; ce coût plus élevé s'expliquerait par le faible nombre de bénéficiaires admis au programme en 2019 comparativement aux dépenses importantes engagées cette même année, le programme étant arrivé à échéance en avril 2019.

Tableau 8. Coût par bénéficiaire (enfants < 5 ans ou FEFA) admis/ traité et par bénéficiaire guéri (en \$)

	2016	2017	2018	2019	Total
Dépenses réelles du programme	737 430	747 447	1 836 874	3 627 044	6 948 794
Bénéficiaires admis pour traitement	43 842	81 096	113 830	44 870	283 638
Bénéficiaires traités jusqu'à guérison	40 091	75 542	108 433	43 669	267 736
Coût par bénéficiaire traité	17	9	16	81	24
Coût par bénéficiaire guéri	18	10	17	83	26

Note : Bénéficiaires incluant les enfants de moins de 5 ans et les FEFA.

Question 4.3. Comment peut-on améliorer le rapport coût-efficacité du traitement de la MAM ?

93. D'après les entretiens avec les responsables gouvernementaux, l'efficacité du programme serait améliorée si les activités qui absorbent les dépenses les plus importantes étaient intégrées dans le système national de santé. En effet, l'utilisation de la chaîne nationale d'approvisionnement du niveau national aux districts (à travers la centrale d'achat des médicaments du Burundi (CAMEBU)) aurait permis de faire des économies financières en termes de salaire du personnel, de dépenses pour la logistique, du suivi et de la supervision, permettant ainsi de traiter un nombre plus important de bénéficiaires. Cependant les autorités gouvernementales ont également reconnu que la CAMEBU ne possède pas actuellement les capacités techniques (formation), logistiques (locaux et véhicules) et financières pour s'approprier la gestion, le stockage et la livraison régulière des suppléments alimentaires (PlumpySup et CSB++) dans tous les CdS qui délivrent les services de traitement de la MAM dans les quatre provinces. Pareillement, au niveau des provinces et des districts sanitaires, les gestionnaires des pharmacies ne possèdent pas les compétences nécessaires pour gérer de telles activités.

94. Les autres possibilités d'améliorer l'efficacité incluraient :

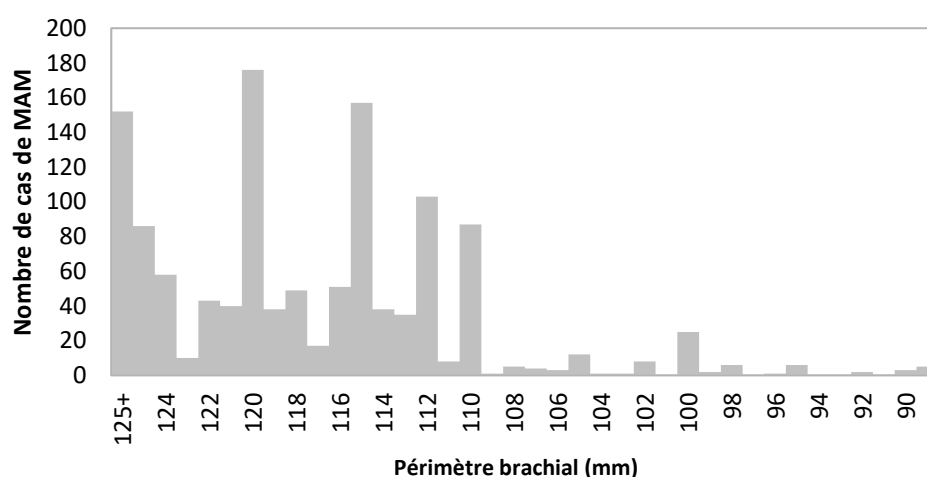
- Le déroulement des supervisions conjointes avec un accent particulier sur les sites isolés.
- L'intégration du programme de traitement de la MAM avec les autres programmes spécifiques et sensibles à la nutrition, qui favoriseraient la mutualisation des ressources, une guérison plus accélérée et la prévention des rechutes.
- Les formations organisées conjointement avec l'UNICEF et l'OMS afin d'optimiser les ressources, et favoriser le continuum des soins. Il serait aussi plus efficace d'inclure la formation sur le protocole de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë dans le curriculum des écoles de santé afin d'assurer la formation initiale et d'anticiper sur les écarts créés par les affectations des agents formés (roulement important du personnel).
- L'achat des suppléments alimentaires produits dans les pays voisins tels que le Kenya qui possède des usines de production du CSB++ ou le Rwanda qui produit des super-céréales permettrait d'alléger les retards de livraisons et les ruptures de stocks, et en plus de réduire considérablement les coûts logistiques²³.

Question 4.4. Quels sont les facteurs qui déterminent l'efficacité du programme de traitement de la MAM ?

95. Un des facteurs qui détermine l'efficacité du traitement de la MAM est la capacité à détecter et à prendre en charge les cas de MAM dès l'apparition des premiers signes de malnutrition. Ceci réduira les durées de traitement et augmentera les chances de guérison. L'analyse du périmètre brachial (PB) à l'admission peut donner un indice sur la précocité de la prise en charge du traitement, une médiane d'admission proche du critère d'admission (125 mm) pouvant être traduite comme le signe d'un programme efficace. L'analyse du PB médian à l'admission a été réalisée dans les 20 centres de santé visités lors de la collecte de données quantitatives. La Figure 5 ci-dessous montre que la médiane du PB à l'admission est égale à 120 mm en moyenne, ce qui reflète un niveau de dépistage précoce acceptable. Cependant, la surreprésentation des valeurs 115 et 120 mm et les nombreuses valeurs arrondies (100 mm, 110 mm, ...) traduisent une insuffisance dans la précision de la prise des mesures, probablement due à la délégation de ces tâches à un personnel non qualifié durant les jours de distribution dans les CdS, avec un impact négatif sur la qualité et l'efficacité du programme.

²³ Bien que l'achat des suppléments alimentaires au Rwanda ne soit pas possible dans le contexte actuel à cause de la situation politique entre les deux pays, c'est une option à explorer lorsque la situation politique s'améliorera. Le Kenya est également une option à explorer activement.

Figure 5. Périmètre brachial à l'admission



96. De plus, une analyse plus approfondie fait ressortir d'autres éléments en défaveur de l'efficacité du programme :

- Environ 21% des enfants sont admis dans le programme de traitement de la MAM avec un PB compris entre 114 mm et 110 mm, au lieu d'être plutôt admis dans le programme de traitement de la MAS. Ceci a pour conséquence une mauvaise utilisation des ressources (suppléments alimentaires et temps des agents de santé).
- L'ambiguïté du protocole national²⁴ sur ce point pourrait expliquer la mauvaise classification des enfants avec un PB compris entre 110 et 114 mm. Environ 7% d'enfants admis dans le programme MAM ont un PB inférieur à 110 mm, ce qui signifie que le protocole n'est pas clairement respecté car ces enfants devraient plutôt être pris en charge dans le programme de traitement de la MAS. Ce constat a été confirmé durant les entretiens individuels avec les points focaux nutrition et les agents de santé, qui ont affirmé qu'en cas de ruptures d'aliments thérapeutiques (PlumpyNut) destinés au traitement des enfants souffrant de MAS, ceux-ci étaient systématiquement admis dans le programme de traitement de la MAM et recevaient le PlumpySup, à cause de leur grande vulnérabilité et leur risque élevé de morbidité et de mortalité. Un des contrecoups de ces admissions était la rupture prématurée des stocks de PlumpySup. Il est donc important de s'assurer que des instructions claires soient données aux prestataires de soins sur la catégorie 114-110 mm, et qu'une meilleure coordination entre le programme MAM et MAS soit assurée, spécialement en matière de gestion des suppléments alimentaires nutritionnels.

97. Durant les entretiens individuels avec les responsables de programme et les discussions de groupes avec les mamans lumières dans les districts de Kirundo et Ngozi, il est ressorti qu'un des facteurs importants pour améliorer l'efficacité du programme serait d'assurer un lien étroit entre les activités du programme de traitement de la MAM et celles des programmes de sécurité alimentaires et de transferts monétaires mis en œuvre dans la localité. D'après ces participants, les familles d'enfants et de FEFA admises dans le programme de traitement de la MAM devraient aussi automatiquement être bénéficiaires de ces autres programmes afin d'accélérer la guérison et prévenir les rechutes.

²⁴ Le protocole national de prise en charge tolère que les enfants de moins de 67 cm avec un PB compris entre 110 et 125 mm soient pris en charge dans le programme MAM au lieu du programme MAS.

Boîte 4. Résultats Clés – Efficience

- Le temps écoulé entre la commande et la livraison des suppléments alimentaires a créé un écart dans le démarrage effectif du traitement des bénéficiaires admis au programme.
- L'utilisation des super-céréales pour combler les périodes de ruptures a quelque peu dilué les résultats issus de l'analyse coût-efficience du programme.
- En plus d'un nombre de bénéficiaires dépassant les attentes, les difficultés d'accès aux CdS et les capacités de stockage insuffisantes de ces centres sont les causes de ruptures de stocks, de même que la vente illicite des suppléments alimentaires et l'admission des cas de MAS dans le programme de traitement de la MAM (critères d'admission pas toujours bien respectés).
- Les coûts opérationnels se rapportant aux suppléments alimentaires représentaient le plus important poste de dépenses (67,4%) du programme de traitement de la MAM au Burundi durant la période de 2016 à 2019.
- Le coût moyen par bénéficiaire admis était de 24 \$, et de 26 \$ par bénéficiaire guéri.
- L'utilisation de la chaîne nationale d'approvisionnement et l'achat de suppléments alimentaires produits dans les pays voisins doivent être explorés afin de déterminer l'influence sur la réduction des coûts du programme et la prise en charge d'un nombre plus important de bénéficiaires²⁵. Pareillement, l'admission systématique des familles d'enfants MAM et de FEFA dans les programmes conjoints de sécurité alimentaire et de filets de protection pourrait accélérer la guérison des bénéficiaires et prévenir les rechutes. Ces deux points pourraient faire l'objet d'études subséquentes ou de mise à l'essai dans le cadre d'une future intervention visant le traitement de la MAM.

2.5 Critère d'évaluation 5 – Impact

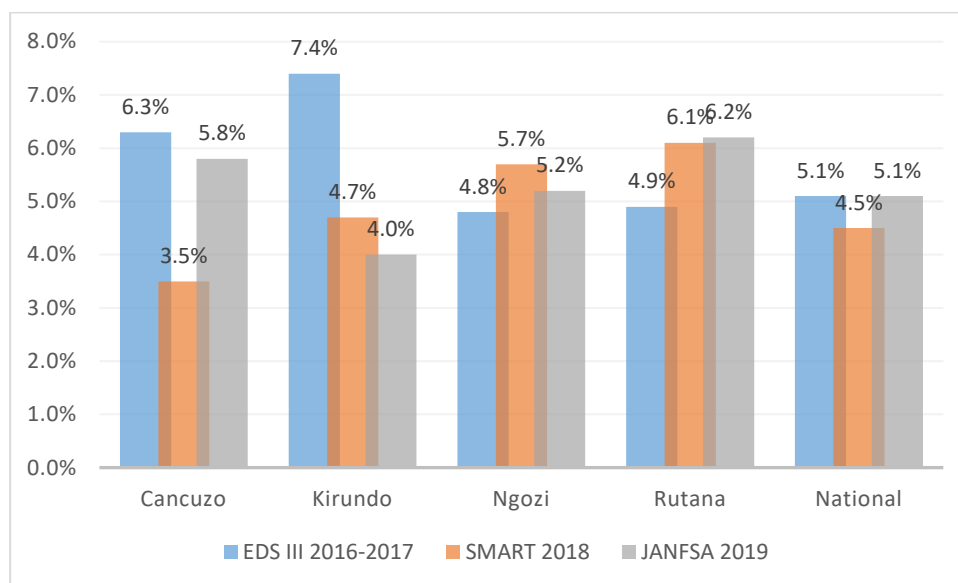
98. L'équipe d'évaluation a analysé l'impact potentiel du programme de traitement de la MAM dans les quatre provinces à travers trois questions posées dans les termes de références.

Question 5.1. Dans quelle mesure le traitement de la MAM a-t-il contribué à changer l'état nutritionnel des bénéficiaires ciblés (enfants de 6-59 mois, femmes allaitantes et enceintes) dans les régions géographiques ciblées ?

99. L'évolution de la prévalence de la malnutrition aiguë dans les quatre provinces au cours de la période de 2016 à 2019 a été analysée. La Figure 6 ci-dessous montre que dans la province de Kirundo, la prévalence de la MAG chez les enfants de moins de cinq ans a diminué progressivement entre 2016 et 2019, c'est-à-dire de 7,4% de 2016 à 2017, à 4% en 2019. Les autres provinces n'ont pas connu de diminutions similaires, les prévalences de la MAG ayant plutôt augmenté en 2019. Ces augmentations en 2019 s'expliqueraient par des ruptures de stocks de PlumpySub pour le traitement de la MAM (et probablement de PlumpyNut pour le traitement de la MAS) plus fréquentes dans ces provinces comparativement à la province de Kirundo. Les rapports annuels font mention de fréquentes ruptures dans certains CdS de Rutana en 2016 (PAM 2016), et dans toutes les provinces en 2017 et 2018 (PAM 2017 ; PAM 2018a). Cependant, la particularité dans la province de Kirundo est que durant les périodes de ruptures en 2018, l'ONG Concern Worldwide, en complément aux SSN et au sous-financement du WFP, distribuait des 'aliments de couverture' pour la prévention de la dénutrition dans le cadre du projet de renforcement de la résilience des communautés (PAM 2019).

²⁵ Ces suggestions sont émises sur la base d'arguments qualitatifs, et non d'analyses quantitatives comparant les possibles coûts de chaque option. La capacité de production du Kenya n'a pas été non plus explorée, car ne faisant pas partie de l'étendue de la présente évaluation.

Figure 6. Évolution de la prévalence de la malnutrition aiguë globale de 2016 à 2019 dans les quatre provinces soumises à l'étude et au niveau national²⁶



100. La Figure 7 plus bas montre également une régression marquée de la MAM dans la province de Kirundo entre 2016 et 2019. Dans les provinces de Ngozi et Rutana, la prévalence de la MAM a légèrement régressé en 2019 après une augmentation entre 2017 et 2018. Au niveau national, la prévalence a légèrement diminué entre 2017 et 2019.

101. Les différences observées entre les provinces pourraient s'expliquer par le fait que plusieurs interventions sont mises en œuvre conjointement au programme de traitement de la MAM et de la MAS dans la province de Kirundo. Ces autres interventions incluent la prévention du retard de croissance qui cible les enfants de moins de deux ans à travers les 'care groups' et le transfert monétaire avec mise en place d'associations d'épargnes et de crédits. L'intrication entre le programme de traitement de la MAM et ces interventions de prévention aurait permis de réduire progressivement et de maintenir à un taux bas la prévalence de la malnutrition aiguë.

102. Dans la province de Kirundo, ces progrès positifs ont été plus marqués dans les districts de Mukenke et Kirundo, où les prévalences de la MAG selon le rapport poids/taille en 2019 étaient de loin inférieures à 5% (2% et 3,3% respectivement). Par conséquent, WFP et le PRONIANUT ont convenu d'arrêter l'appui du programme de traitement de la MAM dans ces deux districts de la province. Fort de cette expérience, WFP a recruté un consultant pour développer la stratégie de communication et de mobilisation sociale pour un changement de comportement (SBCC) avec l'approche 'care groups' pour promouvoir la prévention du retard de croissance chez les enfants âgés de 6-23 mois (1 000 premiers jours) et prévenir par ricochet la malnutrition aiguë.

103. Les perceptions exprimées durant les entretiens individuels et les discussions de groupe, indépendamment des catégories de participants, étaient que la prévalence de la MAM a diminué chez les enfants de moins de 5 ans, de même que la prévalence de l'émaciation chez les FEFA. Les titulaires des CdS ont mentionné que le poids de naissance des enfants issus de femmes admises dans le programme et consommant le CSB++ a augmenté en général, la quasi-majorité d'enfants dont les mères avaient été prises en charge, naissait avec un poids normal (2,5 kg et plus).

²⁶ Sources :

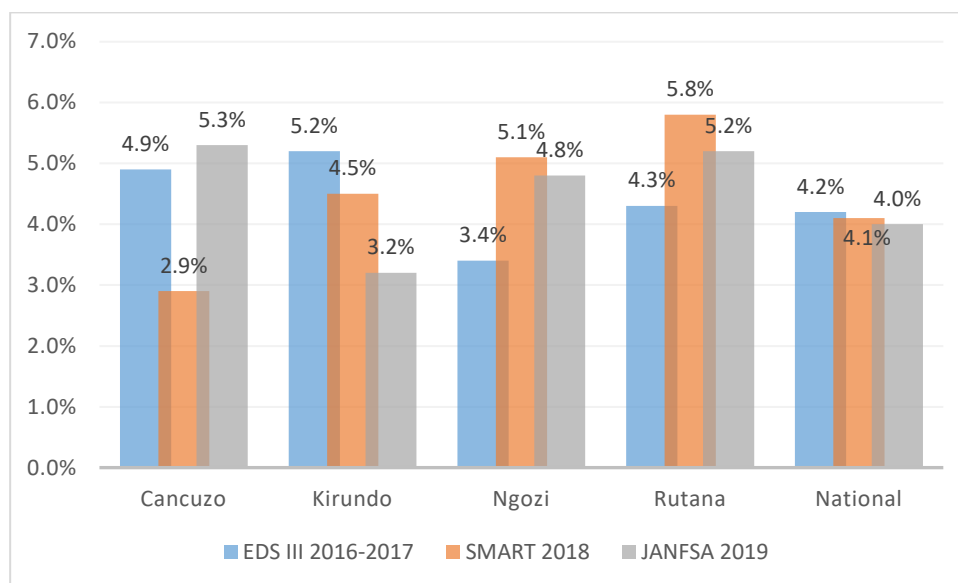
EDS III 2016-2017 : Troisième Enquête Démographique et de Santé au Burundi, 2016-2017. Indicateurs clés.

ISTEEBU : Enquête Nationale sur la Situation Nutritionnelle et la Mortalité basée sur la méthodologie SMART. Rapport principal, fév. 2018.

ISTEEBU : Enquête nationale sur la situation nutritionnelle et la sécurité alimentaire au Burundi, JANFSA janvier 2019.

L'EDS et le JANFSA suivent pour leurs parties anthropométriques (prévalences de la malnutrition) les recommandations émises par le groupe SMART. Les données de ces enquêtes sont comparables.

Figure 7. Évolution de la prévalence de la malnutrition aiguë modérée de 2016 à 2019 dans les quatre provinces de l'étude et au niveau national



104. Bien que le programme ait enregistré des taux importants de guérison qui respectent les normes nationales, les responsables de programmes, moniteurs, BPS, points focaux nutrition dans les provinces et districts, ainsi que des titulaires des CdS ont fait état de plusieurs bénéficiaires sortis guéris du programme, qui ont été réadmis environ 6 mois après. Par conséquent, les taux importants de guérison ne reflèteraient que des effets du programme à court terme. Les cas de rechutes ne sont pas répertoriés formellement dans les rapports des CdS, car ils ne font pas partie des critères de performance énoncés dans le protocole national. L'équipe d'évaluation n'a pas non plus eu le temps matériel pour vérifier ces assertions dans les registres et fiches individuelles, afin d'estimer les taux de rechutes parmi les enfants de moins de 5 ans sortis guéris du programme. La prise en charge des enfants sortis guéris du programme devrait donc aller au-delà des 6 à 8 semaines de prise en charge, par l'admission de leurs familles dans les programmes de renforcement de la résilience des ménages et des communautés afin d'assurer une bonne croissance et prévenir les rechutes.

Question 5.2. L'intervention a-t-elle le potentiel d'influencer positivement les relations de genre, d'équité et d'autonomisation des femmes ?

105. Au Burundi, l'alimentation familiale est culturellement de la responsabilité des femmes dans les ménages. C'est la femme qui a la charge de cuisiner pour la famille, de s'occuper des enfants malades en les emmenant à l'hôpital et de continuer le suivi jusqu'à guérison. Pareillement la FEFA fait toute seule ses visites à l'hôpital. Aucune de ces tâches n'est dévolue à l'homme. Celui-ci donne juste son accord ou non à la femme de fréquenter le CdS.

106. Bien que les aspects du genre n'aient pas été spécifiquement pris en compte lors de la conception du programme, les hommes et les femmes étaient pris en compte durant la mise en œuvre. Les mamans lumières ont été très activement impliquées dans le dépistage et la sensibilisation communautaire ; ce qui a permis d'admettre un nombre important d'enfants de moins de 5 ans et FEFA. Les titulaires des CdS ont mentionné que les hommes étaient de plus en plus nombreux à fréquenter les CdS et assistaient à ces activités délivrées aussi bien dans les CdS que pendant les visites de suivi à domicile effectuées par les mamans lumières. Les observations directes faites dans les CdS durant les visites de terrain confirment une assistance tant bien féminine que masculine aux activités de sensibilisation.

107. Ce programme a également aidé les femmes à sensibiliser les hommes à domicile sur l'importance de la nutrition familiale, et à modifier la composition et la préparation des repas familiaux. Durant les groupes de discussions, les pères et mères d'enfants, ainsi que les leaders communautaires ont mentionné qu'à la suite de l'exposition aux messages de sensibilisation, les hommes ont mieux compris l'importance de leur rôle dans la nutrition familiale et du soutien qu'ils doivent apporter à leurs épouses enceintes ou allaitantes. Par conséquent, ils accompagnaient de plus en plus leurs femmes enceintes à la consultation prénatale, ou accompagnaient leurs enfants dans les CdS pour bénéficier de différents services, et ils s'impliquaient davantage dans les décisions concernant la bonne alimentation dans le ménage (en donnant régulièrement de l'argent pour l'achat des aliments, en soutenant les femmes dans les travaux champêtres - notamment les champs de riz²⁷ - et en participant activement aux activités de jardins potagers). Bien que certains soient un peu réticents à changer, la grande majorité d'entre eux a compris et adhéré aux messages du programme.

"Avant, les hommes vendaient les biens de la famille (...) par exemple tout le lait issu des vaches du ménage, tous les avocats, tous les œufs ou tous les produits de la pêche (poissons) étaient vendus et tout l'argent utilisé pour consommer de l'alcool; mais après leur sensibilisation, certains ont constaté que c'était honteux d'héberger un enfant ou une femme malnutrie alors qu'ils avaient les moyens de prévenir la malnutrition. Maintenant ils n'utilisent plus à mauvais escient les biens de la famille. Ils donnent une part à la femme et aux enfants, ou bien de l'argent pour varier les repas du ménage". [FGD avec ASC et mamans lumières, Kirundo].

"Certains hommes vendaient le CSB++ remis à leurs femmes pour s'acheter de l'alcool. Mais en constatant que leurs femmes étaient chaque fois référées au CdS, cela a attiré leur attention et ils ont compris qu'elles avaient de graves problèmes de malnutrition. Du coup, ils ont changé leurs comportements et l'alimentation familiale est devenue une priorité". [FGD avec ASC et mamans lumières, Rutana].

Question 5.3. Dans quelle mesure le gouvernement a-t-il été influencé pour augmenter les investissements dans la nutrition ?

108. La mise en œuvre du programme de traitement de la MAM a vu la participation du gouvernement à travers le PRONIANUT (formations et supervisions) et les districts sanitaires (suivi et supervisions sur le terrain). La nutrition est considérée comme une priorité par les autorités nationales, qui ont mis à la disposition du programme les infrastructures sanitaires et le personnel de santé payé par l'Etat. Cependant le gouvernement n'a pas encore financièrement investi dans l'achat, le stockage et la distribution des suppléments alimentaires qui constituent les postes de dépenses les plus importants du programme, et les perspectives dans ce sens demeurent incertaines. Une des raisons expliquant cela est que l'appropriation du programme n'a pas été suffisamment abordée durant la phase de planification, qui a toujours été sous la dépendance du WFP, tandis que son financement dépend de la bonne volonté des bailleurs de fonds, notamment FFP. Une planification conjointe aurait probablement abordé les éléments d'appropriation de chaque composante du programme, et contribuer par ricochet à la durabilité.

²⁷ Culturellement ce sont les femmes seulement qui doivent travailler dans les champs de riz.

Boîte 5. Résultats Clés – Impact

- L'intrication entre le programme de traitement de la MAM et les interventions de prévention a permis de réduire et de maintenir à un taux bas la prévalence de la malnutrition aiguë dans la province de Kirundo.
- L'inclusion des hommes durant la délivrance des messages de sensibilisation a permis à ceux-ci de mieux comprendre l'importance de leur rôle dans la nutrition familiale et le soutien qu'ils doivent apporter à leurs épouses enceintes ou allaitantes, ainsi qu'à leurs enfants. Ce qui est en adéquation avec les politiques et stratégies sexo-transformatrices promues par WFP (PAM 2015).
- La planification du programme n'a pas été conjointe afin d'initier l'appropriation de chaque composante du programme par les autorités gouvernementales.

2.6 Critère d'évaluation 6 – Durabilité

Question 6.1. Dans quelle mesure les ententes de mise en œuvre des interventions ont-elles tenu compte des facteurs de durabilité, comme le renforcement des capacités des institutions gouvernementales nationales et locales, des collectivités et d'autres partenaires ?

109. Bien que les aspects d'appropriation n'aient pas été formellement décrits dans le document du projet, WFP a déployé un ensemble d'activités à différents niveaux afin d'assurer la prise en charge de la malnutrition aiguë par les autorités gouvernementales et les communautés. L'intégration du traitement de la MAM est un des éléments importants pour assurer la durabilité de la prise en charge.

110. Pour le moment il n'existe pas au niveau international une définition communément acceptée de l'intégration, ni des normes d'intégration dans le système de santé. D'après Rifat Atun et al (Atun et al 2009a ; Atun et al 2009b), l'assimilation d'une intervention dans un système de santé nécessite que ses composantes s'arriment avec les éléments clés du fonctionnement de ce système.

111. Cette section aborde l'intégration du traitement de la MAM dans le système national de santé, en utilisant le modèle proposé par l'OMS, qui définit six piliers du système de santé, à savoir : la gouvernance, le financement, les ressources humaines, la délivrance des services, les équipements/intrants, et le système d'information sanitaire. Pour chaque pilier, l'équipe a analysé le niveau d'intégration du traitement de la MAM mise en œuvre dans les quatre provinces du Burundi à la lumière des données existantes, afin de juger le degré d'appropriation du programme par les autorités locales.

A. Gouvernance

112. On parle d'intégration complète à ce niveau lorsque les mécanismes de reddition des comptes, de rédaction des politiques, plans et rapports, de la coordination et allocation des ressources sont sous le contrôle des autorités locales. L'intégration est partielle, si ces responsabilités sont partagées entre le système de santé et une ou d'autres organisations.

113. Au Burundi, en plus du protocole national de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë, les différentes politiques nationales en matière de santé mère-enfant ont été développés par les autorités gouvernementales avec l'appui technique et financier des partenaires. Un seul accord a été signé à partir de 2018 suivi des avenants jusqu'en 2019 entre WFP, le PRONIANUT et les districts sanitaires, le programme étant désormais mis en œuvre sous la coordination du PRONIANUT, notamment en ce qui concerne les formations en cascades, le suivi et les supervisions. Cependant, l'allocation des ressources dédiées au stockage et la distribution des suppléments alimentaires n'était pas gérée par le PRONIANUT ou autre entité gouvernementale. En matière de gouvernance, l'intégration est donc partielle pour le traitement de la MAM au Burundi.

B. Financement

114. Le financement fait référence à la collecte des fonds pour appuyer le programme de traitement de la MAM et les moyens par lesquels ces fonds sont obtenus. L'intégration est complète lorsque le processus de budgétisation, de recherche de fonds et de financement du programme est entièrement assuré par les autorités locales.

115. Au Burundi, bien que la malnutrition soit considérée comme une priorité par les autorités gouvernementales à travers l'adhésion aux différentes plateformes multisectorielles de nutrition et le développement des politiques, plans et protocoles, aucune ligne budgétaire nationale n'est pour le moment directement allouée à la nutrition, et spécifiquement au traitement de la MAM. Le financement du programme était entièrement assuré par les fonds alloués par FFP. Le gouvernement a néanmoins participé indirectement en assurant la gratuité des soins aux enfants de moins de 5 ans et aux FEFA, ainsi qu'en mettant à disposition des infrastructures sanitaires, équipements et personnels de santé.

116. Le siège du FFP à Washington tout comme le bureau de pays FFP sont ouverts à toute approche suggérée par WFP qui découlerait des résultats de cette évaluation. La prévalence de la malnutrition aiguë modérée étant très faible, les financements futurs doivent s'orienter non seulement vers la réponse aux urgences (comme c'est le cas actuellement), mais aussi et surtout vers la prévention de la malnutrition. L'intégration du financement du programme de traitement de la MAM est donc partielle dans le contexte du pays.

C. Délivrance du service

117. Les services sont pleinement intégrés si leur délivrance se fait au sein des infrastructures sanitaires locales et sous la responsabilité des agents de santé gouvernementaux. L'intégration est partielle lorsque cette responsabilité est partagée entre les agents de santé gouvernementaux et du personnel spécifiquement recruté pour le programme de traitement de la MAM.

118. Depuis 2009, la prise en charge de la malnutrition aiguë a été intégrée dans le paquet d'activités des structures de santé gouvernementales. Les services de traitement de la MAM sont donc délivrés au sein de ces structures, sous la responsabilité des titulaires des CdS et des responsables SSN. A l'exception de la gestion des suppléments alimentaires (voir plus bas), toutes les activités de traitement sont délivrées par les agents de santé gouvernementaux, de même que le suivi et la supervision qui sont assurés par les BPS et les points focaux nutrition dans les districts sanitaires.

119. Par rapport à l'intégration du traitement de la MAM avec les autres programmes du paquet d'activités de santé, le protocole national de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë décrit le mécanisme du continuum des soins entre le traitement de la MAS et la MAM. Mais il n'existe pas encore un lien formel avec les autres programmes du paquet d'activités des CdS tels que la planification familiale (PF), la consultation pré-natale (CPN), la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), l'ANJE, etc., ni avec les programmes sensibles à la nutrition tels que le transfert monétaire, les jardins potagers, les 'care groups' et autres interventions qui ont pour but de renforcer la résilience des ménages. L'intégration de la délivrance des services est donc partielle dans le contexte du pays.

D. Ressources humaines

120. La formation des prestataires de soins sur le protocole national a été assurée par le PRONIANUT. WFP a financé la formation d'appoint de certains agents du PRONIANUT à l'étranger, ainsi que la supervision des ASC par les techniciens de la promotion sociale dans les districts sanitaires. Ces formations constituent des acquis qui peuvent perdurer même après l'arrêt de l'appui du programme.

121. Une difficulté exprimée par les participants était la rotation importante du personnel formé, certains d'entre eux étant affectés dans d'autres localités dans lesquelles il n'y a pas le programme de traitement de la MAM, tandis que des agents nouvellement affectés pour les remplacer n'étaient pas formés. Le protocole national de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë ne fait pas partie du curriculum des écoles de santé. La rotation du personnel a affecté la qualité des services telle que décrite plus haut. Les titulaires des CdS, les responsables SSN, les ASC et mamans lumières se sont

aussi plaints de l'absence d'incitatifs récompensant leur implication dans le programme²⁸. L'intégration des ressources humaines est donc partielle.

E. Infrastructures et chaîne d'approvisionnement des intrants

122. Comme déjà mentionné plus haut, les services SSN sont déployés au sein des structures de santé de l'État, ce qui est un élément positif important pour la pérennité. Cependant, le système de livraison de suppléments alimentaires (PlumpySup et CSB++) est complètement parallèle au système national de la chaîne d'approvisionnement représentée par la CAMEBU. Cette dernière n'a aucune visibilité sur la commande, le stockage et la livraison du PlumpySup et du CSB++. WFP ayant pris des engagements vis-à-vis du bailleur (FFP) pour assurer le stockage des suppléments alimentaires dans de bonnes conditions (parce que ceux-ci constituent la 'pierre angulaire' du programme), il aurait été délicat de transférer ces compétences à la CAMEBU dans un contexte de capacités limitées. En effet, la CAMEBU ne dispose pas d'espace approprié pour stocker ces suppléments alimentaires, ni la technique ni les outils pour les gérer. L'organisation éprouve déjà des difficultés à gérer efficacement les produits pharmaceutiques en temps normal, et y adjoindre la gestion des suppléments alimentaires alourdirait encore plus ces difficultés. Au niveau des CdS, les espaces sont également limités pour le stockage des suppléments alimentaires pour une période de deux ou trois mois. Les livraisons sont mensuelles, ce qui alourdit la logistique pour WFP. L'intégration des infrastructures et de la chaîne d'approvisionnement est donc partielle.

F. Système d'information sanitaire

123. Le système de suivi est complètement intégré lorsque les infrastructures de technologie de l'information, la collecte et l'analyse des données sont assurées par les institutions gouvernementales. Dans le cadre du programme de traitement de la MAM au Burundi, la collecte des données part des CdS pour les districts sanitaires, qui les acheminent ensuite à la capitale. Comme pour les autres données sanitaires provenant des structures de santé, les données de suivi du programme de traitement de la MAM font partie du DHIS2. Cette composante est donc totalement intégrée, bien que la qualité des données transmises ne soit pas optimale.

Tableau 9. Vue générale du niveau d'intégration du traitement de la MAM dans chaque pilier du système de santé

	Niveau d'intégration
Gouvernance	Partiel
Financement	Partiel
Délivrance des services	Partiel
Ressources humaines	Partiel
Infrastructures, chaîne d'approvisionnement	Partiel
Système d'information sanitaire	Total

124. En résumé, le constat général est que les ententes de mise en œuvre du programme ont tenu partiellement compte des facteurs d'intégration du traitement de la MAM dans 5 des 6 piliers du système de santé. Par conséquent les probabilités que les résultats du programme perdurent à son terme sont faibles.

²⁸ Les ASC et les mamans lumières ne sont pas pris en compte dans les budgets des accords et avenants entre WFP et le ministère de la santé.

Question 6.2. Dans quelle mesure les avantages de l'intervention se poursuivront-ils pour les FEFA et enfants de 6-59 mois après la fin de l'intervention du WFP ?

125. Les messages de sensibilisation transmis par les mamans lumières ont été bien reçus par les bénéficiaires qui ont pris des initiatives pour modifier leurs habitudes alimentaires dans les ménages, en préparant des repas équilibrés (constitués des trois grands groupes d'aliments nutritifs) et en développant les jardins potagers.

126. Le souci majeur rapporté par les mères d'enfants et les FEFA durant les discussions de groupe était la difficulté à appliquer en tout temps les conseils nutritionnels reçus. Avec des moyens financiers limités, elles ne peuvent pas se procurer sur le marché local tous les aliments importants qu'il faut consommer pour prévenir la malnutrition dans le ménage. Ceci corrobore les résultats de l'analyse Fill the Nutrient Gap qui ont montré que plus de 2/3 de la population burundaise fait face à des barrières importantes pour couvrir leurs besoins nutritionnels. Par conséquent, l'alimentation nutritive n'est pas abordable pour 70 % de la population (WFP 2019c).

127. Les politiques et protocoles sont disponibles, les prestataires de soins ont été formés, les capacités ont été développées tant au niveau du système de santé que de la communauté, les services sont délivrés à travers les CdS gouvernementaux et le système de suivi fait partie intégrante du DHIS2. Ces éléments constituent des acquis qui peuvent perdurer à la fin de l'appui du programme de traitement de la MAM. Cependant la mise en œuvre de toutes ces composantes dépend de la disponibilité des financements, et d'une bonne coordination avec les autres interventions spécifiques et sensibles à la nutrition. Le développement récent et la budgétisation de l'approche multisectorielle de nutrition constitue une opportunité pour mobiliser les ressources et pérenniser les acquis du programme.

"Oui, nous avons changé la façon de préparer les repas dans notre ménage ; par exemple comment on ajoute de l'huile au repas et en plus on connaît aujourd'hui l'importance des trois groupes d'aliments nutritifs". [FGD avec mères d'enfants, Rutana].

"Les femmes ont changé leur mentalité en ce qui concerne la bonne préparation de la nourriture familiale. Avant, elles préparaient les aliments selon la quantité, sans tenir compte de la qualité. Par exemple, elles pouvaient cuisiner rien que les patates douces chaque jour ; mais, maintenant elles varient les repas". [FGD avec pères d'enfants, Ngozi].

Boîte 6. Résultats Clés – Durabilité

- A l'exception du système d'information sanitaire, l'intégration du programme de traitement de la MAM dans le système de santé est en général partielle. Des efforts majeurs restent à faire pour le financement du programme par les autorités gouvernementales, de même en ce qui concerne le renforcement de la chaîne nationale d'approvisionnement.
- Grâce aux messages de sensibilisation reçus, les mères d'enfants de moins de 5 ans et les FEFA ont modifié les habitudes alimentaires dans leurs ménages, malgré les difficultés financières qu'elles éprouvent pour se procurer tous les aliments importants nécessaires pour préparer des repas équilibrés.
- Le renforcement des capacités de la plateforme multisectorielle pourrait être important pour pérenniser les acquis du programme tant au niveau institutionnel que des communautés.

3. Conclusions et Recommandations

128. En se basant sur les résultats présentés dans les sections précédentes, une revue générale qui répond aux critères d'évaluation est présentée ci-dessous. Elle est suivie par six recommandations sur la façon dont le gouvernement du Burundi, WFP, FFP, et les autres parties prenantes clés peuvent mettre des actions en œuvre en s'appuyant sur les constats et les leçons retenues.

3.1 Revue générale/conclusions

3.1.1. Pertinence

129. Le programme de traitement de la MAM demeure pertinent dans le contexte du Burundi parce qu'il répond aux priorités du gouvernement en matière de santé, de nutrition et de développement, ainsi qu'aux besoins des bénéficiaires. WFP a pris en compte ces priorités durant la conception du programme. Cependant, les modalités actuelles de mise en œuvre du programme (un seul jour de distribution, ce qui fait passer presque toute une journée au CdS) constituent un risque sécuritaire pour certaines FEFA et mères d'enfants.

3.1.2. Cohérence

130. Le programme de traitement de la MAM est compatible avec les autres interventions spécifiques à la nutrition mises en œuvre dans les quatre provinces grâce à la collaboration entre WFP, l'UNICEF et le PRONIANUT. Cependant, la coordination avec les autres secteurs sensibles à la nutrition tels que la sécurité alimentaire, la protection sociale, l'eau et l'assainissement (pour ne citer que ceux-ci) durant la phase de planification et de mise en œuvre demeure insuffisante.

3.1.3. Efficacité

131. La couverture géographique du programme au sein des quatre provinces est excellente et facilite l'accès aux services. Malgré les faiblesses liées aux erreurs d'admissions et aux ruptures de stocks de suppléments alimentaires, la performance du programme était bonne dans les quatre provinces. L'application des messages de sensibilisation sur la bonne alimentation à domicile, et l'utilisation des super-céréales durant certaines périodes de ruptures de stocks ont contribué à l'efficacité du programme. La disponibilité des suppléments alimentaires dans les CdS a rendu le programme très attrayant.

3.1.4. Efficience

132. L'anticipation de la commande et la livraison des suppléments alimentaires auraient amélioré l'efficience du programme, de même que son intégration étroite avec les autres programmes spécifiques et sensibles à la nutrition. L'achat, le stockage et la distribution des suppléments alimentaires représentaient le plus important poste de dépenses du programme. Les capacités de stockage insuffisantes des CdS ont constitué une limite pour la livraison de quantités importantes d'intrants alimentaires pouvant couvrir une période de deux à trois mois de traitement. Le renforcement et l'utilisation de la chaîne nationale d'approvisionnement, les formations et supervisions conjointes, l'intégration étroite du programme de traitement de la MAM avec les autres programmes spécifiques et sensibles à la nutrition, ainsi que l'achat des suppléments alimentaires produits localement dans les pays voisins auraient permis d'améliorer les coûts du programme et de prendre en charge un nombre plus important de bénéficiaires.

3.1.5. Impact

133. La mise en œuvre conjointe du programme de traitement de la MAM et des interventions de prévention produit de meilleurs effets. La prise en compte des éléments du genre durant la mise en œuvre du programme, notamment la sensibilisation des pères d'enfants de moins de 5 ans et les époux

des FEFA admises a des effets positifs sur la prise de conscience de ceux-ci par rapport à leur rôle dans la nutrition familiale.

3.1.6. Durabilité

134. A l'exception du système d'information sanitaire, WFP a procédé à une intégration partielle du programme de traitement de la MAM dans le système de santé au Burundi. Des efforts majeurs restent à faire pour la prise de responsabilité du financement du programme par les autorités gouvernementales, de même que pour la gestion de la chaîne d'approvisionnement des suppléments alimentaires par le ministère de la santé. Les moyens financiers limités des familles constituent des facteurs limitant pour l'accès sur le marché local aux aliments importants qu'il faut consommer pour prévenir la malnutrition dans le ménage.

3.2 Leçons retenues et bonnes pratiques

Leçons retenues

135. L'écart de temps entre la commande et la livraison effective des suppléments nutritionnels et l'absence de collaboration entre WFP et les agents de santé dans l'estimation des besoins ont occulté la prise en compte des facteurs locaux, ayant entraîné un nombre d'admissions supérieur aux attentes. Ajoutés à tout cela, les détournements de suppléments alimentaires ont été la source de ruptures de stocks.

136. La performance du programme est demeurée excellente malgré les problèmes de diversion de suppléments alimentaires liés aux ruptures de stocks, l'admission des cas de MAS dans le programme de traitement de la MAM par erreur ou bien lorsqu'il y avait des ruptures d'aliments thérapeutiques prêts à l'emploi pour le traitement des MAS, l'utilisation de super-céréales en périodes de ruptures de PlumpySup et CSB++, ou bien l'utilisation du CBS++ chez les enfants de moins de 5 ans en cas de rupture de PlumpySup, et l'admission des enfants n'ayant pas gagné au moins 200g après 12 jours de FARN. Ceci démontre la nécessité de simplifier le traitement de la malnutrition aiguë (MAS et MAM) pour une meilleure efficacité et efficacité. Les Nations Unies et ses partenaires reconnaissent le besoin d'adapter la stratégie de prise en charge de la malnutrition aiguë (WHO et al 2019), et des acteurs clés ont formulé des recommandations pour influencer le Plan d'Action 2020 et demandent entre autres, un engagement à simplifier l'approche thérapeutique actuelle afin que tous les enfants atteints de malnutrition - quelle que soit sa gravité - soient traités dans un seul programme (ACF et al 2019). Les contraintes opérationnelles (diversions et dilutions) observées au cours de cette évaluation et décrites plus haut corroborent les orientations actuellement suggérées au niveau international.

137. La mise en œuvre du traitement de la MAM, conjointement avec les autres interventions de prévention (filet de protection sociale à travers le transfert monétaire, petit élevage, etc.) auraient permis aux familles de générer des revenus et auraient facilité l'accès aux aliments de qualité dans la province de Kirundo ; cela a contribué à réduire significativement la prévalence de la malnutrition aiguë et a permis de la maintenir en dessous du seuil d'urgence dans deux districts. L'impact optimal du programme résulterait donc des effets combinés du traitement et de la prévention.

138. L'irrégularité des supervisions a affecté négativement la qualité du programme, avec des erreurs d'admissions, la faible qualité de la tenue des registres et fiches individuelles, et la fiabilité douteuse des données transmises mensuellement. La considération insuffisante des aspects de genre et d'autonomisation des femmes a occulté l'identification des besoins spécifiques liés au sexe, aux sous-groupes d'âge et aux conditions sociodémographiques tels que les familles monoparentales, constituées de veuves ou de divorcées, etc. Ces aspects devraient être améliorés dans le prochain cycle du programme.

139. Une des répercussions de la faible coordination entre les bailleurs et les différents secteurs est la mise en œuvre cloisonnée des interventions financées par différents bailleurs, tant au niveau national que des districts. Ceci n'a pas permis d'assurer la complémentarité des interventions et la mutualisation des ressources pour un impact optimal sur les bénéficiaires et leurs familles. En outre, l'absence de planification conjointe n'a pas permis de considérer suffisamment les éléments d'appropriation du programme par les autorités gouvernementales afin d'assurer la durabilité.

Bonnes pratiques

140. L'existence de plusieurs politiques et plans en matière de santé, nutrition, du genre dans le contexte du Burundi constituent d'excellentes opportunités pour développer un programme de prise en charge de la malnutrition aiguë modérée qui répond adéquatement aux besoins des priorités nationales, des bénéficiaires et des partenaires de mise en œuvre.

141. Bien que la couverture nationale soit faible, la couverture géographique de 100% dans les quatre provinces ciblées a facilité l'accès aux services dans toutes les aires de santé, avec un effet positif sur l'efficacité du programme.

142. La prise en compte des éléments du genre durant la mise en œuvre du programme, notamment la sensibilisation des pères d'enfants de moins de 5 ans et les époux des FEFA admises, leur a permis de mieux comprendre l'importance de leur rôle dans la nutrition familiale et du soutien qu'ils doivent apporter à leurs épouses durant les consultations pré- et post-natales.

3.3 Recommandations

143. En se basant sur les résultats et conclusions de cette évaluation, les recommandations de l'équipe d'évaluation sont détaillées ci-dessous. Le groupe ciblé par chaque recommandation est clairement identifié.

Recommandations	Justification, actions spécifiques et calendrier	Organisations responsables
<p>1. Renforcer les capacités des autorités gouvernementales en matière de planification, de mise en œuvre et de coordination (Ministère de la Santé et autres ministères clés)</p>	<p>a. Planification</p> <ul style="list-style-type: none"> • Systématiser la planification conjointe en impliquant activement <ul style="list-style-type: none"> ○ Le PRONIANUT et les districts sanitaires dans la conception du projet (y compris l'estimation des besoins en suppléments alimentaires, la détermination d'une multiplicité de bailleurs de fonds internationaux et nationaux (y compris les acteurs du secteur privé), et la mobilisation des ressources financières auprès de ces bailleurs). ○ L'UNICEF afin d'harmoniser les critères de sélection des districts d'intervention, d'harmoniser les commandes de suppléments alimentaires afin d'assurer un bon continuum des soins et pallier les ruptures de stocks. ○ Les partenaires en charge de secteurs tels que la protection sociale, l'agriculture, l'éducation, l'eau et l'assainissement, etc, afin d'assurer les aspects de prévention dans le programme : le renforcement de la résilience des familles et des communautés. • Déterminer une stratégie d'appropriation du programme par les autorités gouvernementales durant la planification conjointe. La stratégie pourrait être un plan étape par étape d'intégration des composantes du programme dans chaque pilier du système de santé. • Explorer les possibilités d'achat des suppléments alimentaires produits dans les pays voisins comme le Kenya afin d'alléger les retards de livraison, de réduire les ruptures de stocks et les coûts logistiques, pour améliorer l'efficacité. <p>Améliorer la communication entre WFP, les BPS, les districts sanitaires, et le personnel des CdS, spécialement en ce qui concerne la détermination des quantités de suppléments alimentaires à commander ou à livrer dans le CdS afin de prévenir les ruptures de stocks et fidéliser les bénéficiaires. Les titulaires des CdS souhaiteraient réquisitionner les quantités de suppléments alimentaires directement du district pour transmission au niveau national, en tenant compte du nombre de bénéficiaires 'réels' et 'attendus' dans le programme. WFP et le Ministère de la Santé vont trianguler les données et approches utilisées, et les harmoniser afin d'estimer les besoins en tenant compte de la fluctuation des bénéficiaires.</p> <p>Cette implication des autorités gouvernementales les rendrait plus redevables à l'avenir.</p>	<p>WFP doit appuyer cette initiative, en collaboration avec l'UNICEF et les autres agences des Nations Unies, et en collaboration avec les départements du Ministère de la Santé concernés et des autres ministères.</p>

Recommandations	Justification, actions spécifiques et calendrier	Organisations responsables
	<p>Ceci devra se faire cette année 2020, durant la phase de planification du prochain cycle du programme.</p> <p>b. Mise en œuvre</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaborer un plan de renforcement progressif des capacités de la CAMEBU en gestion des stocks de suppléments alimentaires tels que le CSB++ et/ou le PlumpySub ou bien identifier les autres canaux de distributions qui peuvent absorber efficacement le stockage et la distribution de ces suppléments alimentaires • Faire une analyse des capacités de stockages des centres de santé dans les districts d'intervention et améliorer ces infrastructures pour des stockages de quantités pouvant couvrir deux à trois mois de traitement • Renforcer la collaboration avec l'UNICEF afin de renforcer le continuum des soins et optimiser la gestion rationnelle des intrants nutritionnels destinés au traitement de la MAS et de la MAM <p>Ceci devra se faire cette année 2020, durant la phase de planification du prochain cycle du programme.</p> <p>c. Coordination</p> <ul style="list-style-type: none"> • Renforcer les capacités du PRONIANUT à coordonner le programme de traitement de la MAM et les autres interventions spécifiques et sensibles à la nutrition, depuis la phase de planification, de mobilisation des ressources et de mise en œuvre, tant au niveau national, des provinces et des districts. • Former plus de personnels sur le traitement de la MAM, de préférence les former depuis les écoles de formation en santé afin de pallier les problèmes de roulement du personnel et assurer la continuité des services du traitement de la MAM quel que soit leur lieu d'affectation. <p>Une coordination forte faciliterait la mutualisation des ressources et optimiserait les effets combinés des interventions spécifiques et sensibles à la nutrition, en particulier le renforcement de la résilience des ménages.</p> <p>Ceci devra se faire cette année 2020, durant la phase de planification du prochain cycle du programme. Pour la formation dans les écoles de santé, la mise en œuvre doit être</p>	

Recommandations	Justification, actions spécifiques et calendrier	Organisations responsables
	considérée sur le long terme en raison de la complexité du processus d'intégration de la formation dans les curricula de ces écoles et instituts de formation.	
<p>2. Conduire régulièrement les supervisions conjointes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Développer et mettre en place, en plus des supervisions, un éventail d'activités en vue de s'assurer de la pertinence, de l'efficacité et de l'efficience du programme dans le suivi de routine. Ces activités peuvent inclure : <ul style="list-style-type: none"> ○ Des entretiens qualitatifs réguliers avec les bénéficiaires et les différentes parties prenantes. ○ Une vérification régulière de la concordance des données entre les centres de santé et celles renseignées dans les bases de données. ○ Des enquêtes de type SQUEAC/SLEAC pour s'assurer de la bonne couverture du programme et identifier d'éventuels goulots d'étranglement. ○ Des analyses plus approfondies des données pour s'assurer de leur cohérence et de leur qualité (par exemple, l'analyse des variations saisonnières des admissions, l'analyse des admissions par centre de santé...). • Améliorer les outils de suivi existant en y intégrant les indicateurs adaptés, et en désagrégant les données par type de bénéficiaires (enfants, femmes enceintes, femmes allaitantes), en y incluant l'âge et le sexe. Les données de suivi devraient aussi permettre de déterminer le sexe, les sous-groupes d'âges et les catégories socio-économiques pour lesquels l'efficacité est meilleure. <p>Plus de suivis et de supervisions conjointes au programme doivent être effectués par WFP, en collaboration avec l'UNICEF, le PRONIANUT, les districts sanitaires, le/les bailleur (s) afin d'améliorer la qualité des services.</p> <p>Ces supervisions régulières de tous les sites mises en œuvre permettront de renforcer les capacités titulaires des CdS et responsables SSN pour l'application adéquate du protocole national, l'amélioration de la qualité des services de prise en charge et du rapportage mensuel des données.</p> <p>Ceci devra se faire cette année 2020, durant la phase de planification du prochain cycle du programme.</p>	<p>WFP doit partager la responsabilité avec l'UNICEF et le PRONIANUT.</p>

Recommandations	Justification, actions spécifiques et calendrier	Organisations responsables
<p>3. Intégrer systématiquement les aspects du genre et d'autonomisation des femmes dans les activités et les outils de suivi du programme</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prendre en compte systématiquement les considérations du genre, d'équité et d'autonomisation des femmes durant la planification et la mise en œuvre des prochains cycles du programme afin de mieux déterminer les sous-groupes d'âges dont les besoins sont les plus importants (par exemple ; 6-23 mois chez les enfants, 12-16 ans chez les adolescentes parmi les femmes enceintes et les femmes allaitantes admises), le sexe le plus affecté chez les enfants, les conditions socio-économiques des familles des bénéficiaires. Les problèmes de sensibilisation des pères d'enfants et conjoints des FEFA devraient aussi être pris en considération. • Intégrer les messages de sensibilisation dans les stratégies SBCC qui ciblent spécifiquement les populations autochtones telles que les 'Batwa' ou les adeptes de religions hostiles à l'admission au programme. • Considérer la perspective de prendre en charge d'autres catégories de populations vulnérables telles que les personnes âgées, les personnes handicapées physiques et mentales, les orphelins et enfants de la rue, via des programmes de protection sociale. <p>Ceci devra se faire cette année 2020, durant la phase de planification du prochain cycle du programme.</p>	<p>WFP doit prendre le lead et appuyer activement le ministère de la santé, le ministère des affaires sociales et du genre, ainsi que la plateforme multisectorielle dans cette initiative.</p>
<p>4. Revoir le processus d'offre des services dans les centres de santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Revoir ce processus afin de réduire la charge de travail des titulaires des CdS et responsables SSN les jours de distribution et minimiser les risques de violences faites aux femmes. <p>Ceci consisterait à étaler l'offre de services sur plus d'un jour de la semaine, ou bien à renforcer l'équipe du CdS les jours de distributions afin de réduire le temps passé dans le CdS. Les ASC et les membres des COSA ont manifesté leur intérêt d'appui.</p> <p>Piloter l'initiative dans une province pendant 6 mois à un an, et l'étendre dans d'autres provinces si les résultats sont concluants.</p> <p>Appliquer la formule choisie dès le démarrage de la mise en œuvre du prochain cycle du projet en 2020-2021.</p>	<p>Le Ministère de la Santé doit considérer cette opportunité avec le soutien du WFP et de l'UNICEF.</p>
<p>5. Étudier la possibilité d'appliquer un</p>	<p>Pareille initiative permettra de pallier les difficultés d'opérationnalisation du programme telles que la dilution et la diversion (liées aux admissions par erreur et ruptures de stocks), le continuum des soins entre MAS et MAM, et la couverture limitée sur le plan national.</p>	<p>Le Ministère de la Santé devrait diriger cette initiative avec</p>

Recommandations	Justification, actions spécifiques et calendrier	Organisations responsables
<p><i>protocole simplifié de prise en charge de la malnutrition aiguë</i> dans le contexte du Burundi.</p>	<p>Chaque partenaire pourra couvrir une ou plusieurs provinces en utilisant le même protocole de traitement.</p> <p>Ceci devra être mis en perspective pour 2021, en attendant de recevoir les directives internationales prévues pour 2020.</p>	<p>L'appui actif des partenaires clés tels que WFP, l'UNICEF et l'OMS.</p>
<p>6. Développer et mettre en œuvre des programmes conjoints</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Développer la stratégie de prise en charge de la MAM de manière à rendre systématique l'admission des familles d'enfants MAM et de FEFA dans les programmes conjoints de sécurités alimentaires et de filets de protection afin d'optimiser la guérison des bénéficiaires, briser le cercle vicieux de la malnutrition et prévenir les rechutes dans les familles. • Déterminer le paquet d'interventions/activités spécifiques et sensibles à fournir aux bénéficiaires admis au programme de traitement de la MAM, en plus des suppléments alimentaires et de la sensibilisation. • Augmenter la couverture géographique nationale, de même que le ciblage des populations appartenant aux communautés ethniques, religieuses et sociales les plus réticentes à l'admission au programme. <p>Les ramifications entre le traitement de la MAM et les autres programmes doivent être explicites dans le document du projet, définissant un paquet de services curatifs et préventifs (filet de protection) à fournir aux bénéficiaires du programme, et identifiant les partenaires et les différents bailleurs de fonds.</p> <p>Il est primordial d'avoir une multiplicité de bailleurs pour maximiser les chances de succès, en conformité avec la stratégie multisectorielle nouvellement développée et budgétisée.</p> <p>Les capacités de la plateforme multisectorielle SUN devraient donc être renforcées dans cette perspective, pour une meilleure appropriation par les autorités nationales et les communautés.</p> <p>Piloter ce mécanisme de planification conjointe au niveau national et dans une ou deux provinces durant la préparation du prochain cycle du programme en 2020-2021. L'étendre plus tard dans d'autres provinces, si les résultats du projet pilote sont concluants.</p>	<p>Le secrétariat de la plateforme multisectorielle SUN basée au sein de la 2ème vice-présidence de la république doit prendre la direction. WFP, l'UNICEF, l'OMS, la FAO, les autres agences des Nations Unies et les bailleurs de fonds de programmes d'urgences et de développement doivent activement appuyer le secrétariat SUN.</p>

ANNEXES

Annexe 1	Termes de Référence
Annexe 2	Carte
Annexe 3	Matrice d'évaluation
Annexe 4	Théorie du changement construite pour guider l'évaluation du traitement de la MAM dans les provinces de Cankuzo, Kirundo, Ngozi et Rutana au Burundi
Annexe 5	Documents consultés
Annexe 6	Parties prenantes interviewées
Annexe 7	Centres de santé sélectionnés pour la collecte des données
Annexe 8	Outils de collecte de données
Annexe 9	Résultats complémentaires - Efficacité
Annexe 10	Résultats complémentaires - Efficience
Annexe 11	Bibliographie

Annexe 1. Termes de Référence

Terms of Reference FINALEVALUATION of

Treatment of Moderate Acute Malnutrition intervention in Ngozi, Kirundo, Cankuzo and Rutana from
2016 to 2019
World Food Programme in Burundi, Republic of (BI)

List of acronyms

BI	Republic of Burundi
CO	Country Office
CFSVA	Comprehensive Food Security and Vulnerability Analysis
DEQAS	Decentralized Evaluation Quality Assurance System
EB	Executive Board
EC	Evaluation Committee
EFSA	Emergency Food Security Assessment
EM	Evaluation Manager
EQAS	Evaluation quality assurance system
ER	Evaluation Report
ERG	Evaluation Reference Group
FSMS	Food Security Monitoring System
GBV	Gender-based violence
GEEW	Gender equality and women's empowerment
HDI	Human development index
IDPs	Internally displaced persons
IOM	International Organization for Migration
IR	Inception Report
MAM	Moderate Acute Malnutrition
M&E	Monitoring and Evaluation
NGOs	Non-governmental Organisation
OEV	Office of Evaluation
PLW/G	Pregnant and lactating women and girls
PLW	Pregnant and lactating women
UNCT	UN Country Team
UNDSS	UN Department of Safety & Security
UNEG	United Nations Evaluation Group
UNHCR	UN Refugee Agency
UN	United Nations
QS	Quality Support
RB	Regional Bureau
RBN	Regional Bureau in Nairobi
SUN	Scale Up Nutrition
TOC	Theory of Change
TOR	Term of References
FFP	Food For Peace
VAM	Vulnerability, Assessment, Mapping
WFP	World Food Programme

1. Introduction

1. These Terms of Reference (TOR) are for an evaluation of the treatment of Moderate Acute Malnutrition (MAM) for children 6-59 months, and pregnant and lactating women and girls (PLW/G), a sub-component of the Assistance to Vulnerable Food-Insecure Populations project, implemented in Ngozi, Kirundo, Cankuzo and Rutana from 2016 to 2019, and mainly funded by USAID/Food for Peace (FFP). This is an activity evaluation commissioned by World Food Programme (WFP) Burundi Country Office (CO) and will cover the period from 2016 to 2019.
2. These TOR were prepared by WFP Evaluation Manager based upon an initial document review and consultation with stakeholders and following a standard template. The purpose of the TOR is twofold. Firstly, it provides key information to the evaluation team and helps guide them throughout the evaluation process; and secondly, it provides key information to stakeholders about the proposed evaluation.

2. Reasons for the Evaluation

2.1 Rationale

3. USAID/FFP is an important donor to WFP in Burundi to address the humanitarian needs of the Burundian population and has funded MAM treatment interventions for the last three years in four provinces of the country. The evaluation will primarily be used by WFP Burundi to enhance project accountability towards the donor. A secondary objective is to produce strong evidence to feed into WFP evidence base for the improvement of future programmes.

2.2 Objectives

4. Evaluations in WFP serve the dual and mutually reinforcing objectives of accountability and learning.
 - **Accountability** – The evaluation will assess and report on the performance and results of the MAM sub-component, to present high quality and credible evidence of actual impact to USAID/FFP. It will provide evidence-based findings to inform the relevance and effectiveness of the MAM treatment for operational and strategic decision-making.
 - **Learning** – The evaluation will determine the reasons why certain results occurred or not to draw lessons, derive good practices and pointers for learning. It will provide evidence-based findings to inform operational and strategic decision-making. Findings will be actively disseminated, and lessons will be incorporated into relevant lesson sharing systems. For these reasons, both accountability and learning have equal weight.

2.3 Stakeholders and Users

5. A number of stakeholders both inside and outside of WFP have interests in the results of the evaluation and some of these will be asked to play a role in the evaluation process. Table 1 below provides a preliminary stakeholder analysis, which should be deepened by the evaluation team as part of the Inception phase.
6. Accountability to affected populations is tied to WFP's commitments to include beneficiaries as key stakeholders in WFP's work. As such, WFP is committed to ensuring gender equality and women's empowerment (GEEW) in the evaluation process, with participation and consultation in the evaluation by women, men, boys, and girls from different groups.

Table 1 : Preliminary Stakeholders' analysis

Stakeholders	Interest in the evaluation and likely uses of evaluation report to this stakeholder
INTERNAL STAKEHOLDERS	
World Food Programme Burundi	Responsible for the planning and implementation of WFP interventions at country level. It has a direct stake in the evaluation and an interest in learning from experience to inform decision-making. It is also called upon to account internally as well as to its beneficiaries and partners for performance and results of its programmes.
Regional Bureau for East and Central Africa (RBN)	Responsible for both oversight of COs and technical guidance and support, the RB management has an interest in an independent/impartial account of the operational performance as well as in learning from the evaluation findings to apply this learning to other country offices. The Regional Evaluation Officers supports CO/RB management to ensure quality, credible and useful decentralized evaluations.
WFP Headquarters (HQ)	WFP HQ technical units are responsible for issuing and overseeing the rollout of normative guidance on corporate programme themes, activities and modalities, as well as of overarching corporate policies and strategies. They also have an interest in the lessons that emerge from evaluations, as many may have relevance beyond the geographical area of focus. Relevant HQ units should be consulted from the planning phase to ensure that key policy, strategic and programmatic considerations are understood from the onset of the evaluation.
Office of Evaluation (OEV)	OEV has a stake in ensuring that decentralized evaluations deliver quality, credible and useful evaluations respecting provisions for impartiality as well as roles and accountabilities of various decentralised evaluation stakeholders as identified in the evaluation policy.
WFP Executive Board (EB)	The WFP governing body has an interest in being informed about the effectiveness of WFP programmes. This evaluation will not be presented to the Board but its findings may feed into thematic and/or regional syntheses and corporate learning processes.
EXTERNAL STAKEHOLDERS	
Beneficiaries	As the ultimate recipients of food assistance, beneficiaries have a stake in WFP determining whether its assistance is appropriate and effective. As such, the level of participation with all beneficiaries and users, especially women, girls and disadvantaged groups will be engaged, their views and perspectives will be taken into consideration and will be determined, and their respective perspectives will be sought.
United Nations Country team (UNCT's)	The UNCT's harmonized action should contribute to the realisation of the government developmental objectives. It has therefore an interest in ensuring that WFP programmes are effective in contributing to the UN concerted efforts. Various agencies are also direct partners of WFP at policy and activity level.
Implementing partner	<i>Programme National Intégré pour l'Alimentation et la Nutrition (PRONIANUT)</i> is the main WFP's partners for the implementation of the MAM treatment activities. The results of the evaluation might affect future implementation modalities, strategic orientations and partnerships. Information related to strategic operations and orientation, capacity development, handover and sustainability will be of particular interest.
Donors USAID/FFP	WFP operations are voluntarily funded by a number of donors. Donors have an interest in knowing whether their funds have been spent efficiently and if WFP's work has been effective and contributed to their own strategies and programmes. Donors would be interested to assess what are strengths, gaps and lessons learned of MAM treatment.

7. The primary users of this evaluation will be:

- The WFP Burundi Country Office and its partners in decision-making, notably related to programme implementation and/or design, Country Strategy and partnerships.
- Given the core functions of the Regional Bureau (RB), the RB is expected to use the evaluation findings to provide strategic guidance, programme support, and oversight.
- WFP HQ may use evaluations for wider organizational learning and accountability.
- OEV may use the evaluation findings, as appropriate, to feed into evaluation syntheses as well as for annual reporting to the Executive Board.

- The findings will also feed into annual corporate reporting and donor reporting.
8. The secondary users of this evaluation will be the Ministry of Health, through PRONIANUT and the non-governmental organizations (NGOs). The findings will be relevant for decision-making, notably related to programme implementation and/or design, and partnerships.

3. Context and subject of the Evaluation

3.1 Context

9. Burundi is one of the poorest countries in the world, ranking 185 out of 189 on the human development index (HDI) with over 65 percent of the population living under the national poverty line of \$1.90 per day. The country is the 9th most food insecure country in the world, sharing similar levels with Somalia, according to the 2018 World Food Security Report. Over 90 percent of the population are dependent on agriculture as their main source of income. With a population estimated at 11.7 million in 2017, Burundi has the second highest population density in Sub-Saharan Africa with more than 400 inhabitants per square kilometer. The high population density as well as the ongoing influx of returnees and refugees from DRC contributes to competition and disputes over scarce natural resources. It is worth noting that women play a major role in Burundi's national economy and represent 55.2 percent of the workforce. Women are particularly active in the agricultural sector, which provides 90 percent of food production and 90 percent of the country's export.
10. Globally, Burundi has the highest level of chronic malnutrition, with current prevalence level at 56 percent. According to the Demographic and Health Survey (DHS 2016/2017), stunting prevalence is above 50 percent in all 18 provinces except for Bujumbura Mairie, with some provinces in the north east over 60%. Global acute malnutrition (5-8 percent) has been rising over the past few years. Localized surveys have found prevalence levels far higher than 10 percent. The prevalence of anaemia among children aged 6-59 months is above 60 percent, exceeding the WHO threshold of 40 percent.
11. Underlying drivers for undernutrition include poverty, poor access to clean water, and worsening access to basic services such as health and education. A high prevalence of infectious diseases, lack of diversity in diets and poor hygiene make the situation worse. Adding to the pressure on Burundi's limited resources, over 45,000 refugees, mainly from the Democratic Republic of the Congo, are hosted in already food-insecure areas and rely on assistance for basic food and nutrition.
12. The Government of Burundi's efforts to ensure long-term solutions to food and nutrition insecurity challenges in the country are translated into relevant country's policies including the National Development Plan, Burundi's Vision 2025, and the National Agricultural Investment Plan (2012-2017). The government also adhered to international initiatives, including the Scale Up Nutrition (SUN) movement. WFP's long-term vision in Burundi is to support the government's efforts to achieve Sustainable Development Goal (SDG) 2: end hunger, achieve food security and improve nutrition by 2030.
13. WFP's focus is to reshape the food system in Burundi by promoting a multi-sectorial and systems approach to food access and utilization. The overall country strategy is aligned with national food and nutrition security policies and tools, and the United Nations Development Assistance Framework (UNDAF) for 2018-2022.
14. The UN family (UNICEF, WFP, WHO, IFAD), INGOs, NGOs and governmental bodies have been working on a comprehensive package of nutrition interventions: Severe Acute Malnutrition (SAM) treatment, MAM treatment, prevention of undernutrition, fortification programmes, HIV programme (preventative actions, capacity strengthening, facilitate access to anti-retroviral treatment), and governmental capacity-building in nutrition.
15. WFP and UNICEF worked jointly to tackle malnutrition in the country. Through the national protocol, UNICEF delivers SAM treatment to targeted children and WFP delivers MAM treatment to targeted PLAW and their children between 6-59 months. In partnership with local NGOs, both agencies also implement prevention actions on chronic malnutrition. Moreover, WFP implement fortification programme to prevent micronutrient deficiencies targeting children between 6-23 months.

16. WFP activities are aligned with national food security and nutrition strategies. WFP humanitarian, community recovery and development interventions are aligned with the communal development plans, nutrition activities are defined based on National Protocols, and the school meals programme aligns with the government's reform of the education system. During implementation, WFP works with decentralized structures of the line ministries, which is a good mechanism to detect gaps in expertise and organize capacity strengthening training with a view to transferring skills to local institutions for a future programme handover.
17. In Burundi, women represent around 55 percent of the total labour force. Despite some improvements in women's representation in decision-making positions, women still face many challenges. A research conducted by the "Ministère de la Fonction Publique, du Travail et de l'Emploi" (PNRA) and supported by United Nations Development Program (UNDP) in 2017, showed that women only account for the 14.5 percent in the political sector, 29.1 percent in the economic sector, and 42.2 percent in the social sector, making an average of 39.7 percent women compared to 60.3 percent of men.
18. Gender disparities are reflected differently according to provinces and economic activities. Culturally, men are the head of the households. In regions where, contracted labour is the main source of income, women and children work on the house and farming, and the money earned by men sometimes does not reach other household members. Gender disparities continue to affect households' food security.²⁹
19. "Food utilization and consumption refers to the socioeconomic aspects of household food and nutrition security, determined by knowledge and habits. Assuming that nutritious food is available and accessible, the household has to decide what food to purchase, how to prepare it, and how to consume and allocate it within the household. Women's health and nutrition affect newborns' birth weight and the mother's ability to breastfeed her infant for the first six months. Chronic energy deficiency (CED), as measured by body mass index (body mass divided by the square of the body height in kg/m²), is a measure of women's nutritional status. In Burundi, 16 percent of women of childbearing age have CED. Both adolescent girls 15 to 19 years and women 40 to 49 years are slightly more likely to have CED than other women. Household-level approaches to nutrition hide intra-household inequality in food consumption. Nutrition programmes that provide food to the household as a whole, as opposed to specifically to pregnant and lactating women, result in an unequal distribution of food within a household. Men control the distribution of resources at the household level, and do not share the distribution equally with or prioritize pregnant and lactating women and children. "³⁰
20. In addition, Gender-based violence (GBV) is widespread in Burundi. According to UNICEF (June 2018), nearly one in four Burundian women (23 percent) and 6 percent of men have experienced sexual violence, and children are particularly at risk. Only a small percentage of sex-related incidents are reported, so the actual number is likely much higher. Acknowledging the extent of the problem, the government established a law for the prevention, protection and punishment of GBV, which was adopted in December 2015. This law has now been in existence for three years yet, the texts of the law are generally not applied. This means those experiencing GBV are unaware there is a law that protects them. Thus, when they suffer it is not clear who to turn to or what to do. Rather, most of those who experience violence decide to remain silent or allow their families to settle the issue with the perpetrators.³¹

3.2 Subject of the evaluation

21. The decentralized evaluation will focus on MAM treatment for children 6-59 months, and pregnant and lactating women and girls (PLW/G), implemented as part of the Supplementary Feeding Programme, in accordance with the National Protocol for Integrated Community Management of Acute Malnutrition validated on October 2017 with the participation of WFP-Burundi. With USAID/FFP funding, the activity was implemented in provinces of Ngozi, Kirundo, Cankuzo and Rutana provinces.

²⁹ World Food Programme in Burundi, Republic of (BI), 2018. Assistance to Refugees and Vulnerable Food-Insecure Populations, Standard Project Report 2018, p.15-16

³⁰ USAID, 2017. Burundi Gender Analysis, Final Report. URL: <https://banyanglobal.com/wp-content/uploads/2017/07/USAID-Burundi-Gender-Analysis-Final-Report-2017.pdf>

³¹ World Food Programme in Burundi, Republic of (BI), 2018. Assistance to Refugees and Vulnerable Food-Insecure Populations, Standard Project Report 2018, p.15-16.

22. The scope of this evaluation will focus on the project implemented between July 1st, 2016 to March 31st, 2019. The rationale behind the scope of the evaluation is that relevant data started to be collected in 2016. WFP Burundi Country Office received an annual grant from FFP from 2016 to 2019. The total amount financed by Food for Peace is \$47,923,099 USD. The table below disaggregates the grant amount per year. The details amount allocated only for the MAM treatment will be share during the inception phase with the evaluation team.

Table 2: Food for Peace fund per year.

Year/Total	2016	2017	2018	2019	Total
Amount	\$8,000,000	\$12,697,577	\$13,935,000	\$13,290,522	\$47,923,099

23. The MAM treatment activity is contributing to Burundi Strategic Outcome 03: Children 6-59 months, adolescent girls, and pregnant and lactating women and girls (PLW/G) in the targeted provinces and communes have improved nutritional status throughout the year. This Strategic Outcome's aim is to improve the nutrition status by focusing on the treatment MAM, prevention of stunting, and prevention of micronutrient deficiencies, targeting children aged 6-59 months, adolescent girls and pregnant and lactating women (PLWs) and other nutritionally vulnerable populations.
24. The MAM treatment activity was implemented in partnership with the Ministry of Health and through its decentralized structures, health centers, health districts, community relay. The collaboration between WFP and PRONIANUT ensures an extensive field presence and offers the best prospects for sustainability. However, there are also some areas for future improvements: high staff turnover, insufficient level of capacity and ownership, short staff number, low level of information sharing and dissemination among staff.
25. The geographic area of the intervention includes the provinces of Ngozi, Kirundo, Cankuzo, and Rutana. The choice of these provinces was motivated by a prevalence of global acute malnutrition higher than or equal to 10 percent, or between 5 and 9 percent with aggravating factors such as: food insecurity, morbidity, displacement and population density.
26. Once children and PLW/G are screened for malnutrition, moderately malnourished children aged 6-59 months are given a daily ration of 100g of ready to use supplementary food (RUSF) while PLWs receive 250g of SuperCereal. The nutrition support provided is crucial for improving the nutrition status of the beneficiaries. For example, the recovery rate of the MAM treatment surpassed the set target, while the mortality rate approached zero in the targeted provinces. In addition, in 2018, the MAM treatment intervention covered a higher number of beneficiaries than initially planned (109 percent) due to returnees, movement of internally displaced persons and admissions of beneficiaries from other catchment areas.
27. Depending on the nutritional status of the targeted population and the region of intervention, beneficiaries may receive SAM treatment at first, and continue with the MAM treatment, once their status is enhancing. Most of them will then be targeted for SAM, implemented by UNICEF or MAM treatment, implemented by WFP. Although this evaluation will only focus on the MAM treatment, it is important to clarify that the SAM treatment, the MAM treatment, and prevention interventions are interrelated. A theory of change (TOC), in annex 6, has been developed with relevant stakeholders to prepare this evaluation. No specific logical framework is available for the MAM component.
28. Although no specific gender analysis has been made to develop the MAM treatment actions funded by USAID/FFP, the evaluation should mainstream gender perspectives and considerations through all stages of the evaluation and making sure that the most vulnerable women and women-headed households would be considered adequately. In addition of sex-disaggregated data, the information collected should include GEEW analysis and the evaluation findings should draw clear perspectives of the different targeted groups as well as pay attention to gender inequalities and specific gender vulnerabilities and concerns. Gender issues and gender dimensions will need to be clearly stated.
29. No specific information from past evaluations can be used for this current evaluation.
30. The total number of planned and actual beneficiaries for 2016, 2017, 2018, 2019 are presented under

Table 3. Additional disaggregated data will be made available to the evaluation team at the inception stage.

Table 3. Actual total beneficiaries from 2016 to 2019

Type of beneficiaries	Planned				Actual			
	2016	2017	2018	2019	2016	2017	2018	2019
Children (6-23 months)	35,868	9108	26,832	18,447	21,525	42,344	45,947	13,817
Children (24-59 months)	18,232	4630	53,168	36,553	10,941	21,523	43,998	13,275
PLW (18 plus)	18,159	11,096	17,100	7,500	12,566	19,789	32,462	13,288
Total beneficiaries	72,259	24, 834	62,500	45,032	45,032	83,656	40,380	24, 834

31. The decentralized evaluation will focus on the implementation period between 2016 and 2019.
32. The other documents specifically related to the USAID/FFP MAM component are listed under section 4.3.
33. Please refer to annex 1 to visualize the country map. Additional programming details will be made available at the inception stage of the evaluation.

4. Evaluation Approach

4.1 Scope

34. The evaluation will cover the activities related to MAM treatment for pregnant and lactating women and children aged 6-59 months, in provinces of Ngozi, Kirundo, Cankuzo and Rutana provinces. WFP nutrition programming aims to both prevent acute malnutrition where required, as well as ensure adequate capacity for treatment of MAM. WFP's programming to treat MAM relies on the provision of specialized nutrition products where appropriate, in addition to the provision of routine medical care and promotion of optimal health and nutrition practices through nutrition assessment, education, and counselling. The TOC (Annex 6) provides a complete visual perspective of the main actions and assumptions for the MAM treatment financed by FFP in Burundi.
35. The target groups for this evaluation are pregnant and lactating women and girls, and children aged 6- 59 months receiving MAM treatment.
36. Funded by USAID/FFP and implemented by WFP Burundi, the decentralized evaluation will focus on the implementation period between 2016 and 2019.
37. The evaluation team may face some of the following challenges while undertaking the evaluation process:
 - a. Programming followed the annual grant cycle and annual projects mainly focused on outputs;
 - b. The annual projects proposal were activity-based rather results-based (no baseline or logframe are available); However, to some extent, the evaluation team will have access to specific data that will allow them to rebuild a baseline on the acute malnutrition status for the targeted provinces.
 - c. The annual project proposals were not informed by a previous gender analysis;
 - d. While WFP has maintained an accurate quantitative database of MAM treatment cases, only limited qualitative data is available.
38. To address these limitations :
 - a. A TOC has been recently developed with relevant stakeholder to structure this evaluation;
 - b. The evaluation team will have access to quantitative data through the WFP database to be able to be aware of the situation at the beginning of the interventions; The evaluation team will be expected to review the TOC in the inception report.
 - c. The evaluation will integrate specific gender-sensitive data and will draw specific attention to gender perspectives;
 - d. Qualitative and participatory data collection methods will be used to collect qualitative

information.

39. All data will need to be at least disaggregated by age, sex, and region.

4.2 Evaluation Criteria and Questions

40. The evaluation will focus on the six DAC evaluation criteria: relevance, coherence, effectiveness, efficiency, impact, and sustainability.³² The evaluation will address the key questions outlined in Table 2, which will be further developed by the evaluation team during the inception phase. Collectively, the questions aimed at highlighting the performance of MAM treatment, and lessons learned could inform future strategic and operational decisions.
41. Allied to the evaluation criteria, the evaluation will address the key questions outlined below, which will be further developed/revised by the evaluation team during the inception phase. The evaluation team is expected to further develop the main evaluation questions in an evaluation matrix annexed to the inception report. The matrix will include: main evaluation question, sub-questions, data sources, and data collection methods.
42. The evaluation should analyze how GEEW objectives and GEEW mainstreaming principles were included in the intervention design, and whether the object has been guided by WFP and system-wide objectives on GEEW. The GEEW dimensions should be integrated into all evaluation criteria as appropriate.

Table 2 : Criteria and evaluation questions

Criteria	Evaluation Questions
Relevance	<ul style="list-style-type: none"> To what extent the MAM treatment was in line with the needs of the most vulnerable, most particularly with pregnant and lactating women and girls, and children? Did distribution schedules, logistics, access, and MAM treatment interventions were aligned with realities and needs of the targeted beneficiaries, as well as disabled persons ?
	<ul style="list-style-type: none"> To what extent is the intervention aligned with the needs and priorities of the government?
Effectiveness	<ul style="list-style-type: none"> What were the major factors influencing how MAM treatment contributed to meet the performance indicator on recovery, death and dropout in the targeted provinces? To what extent did the intervention deliver results for pregnant and lactating women, girls and children 6-59 months? Were there unintended positive/negative results?
Coherence	<ul style="list-style-type: none"> To what extent the MAM treatment interventions funded by FFP were coherent with other donors interventions in nutrition programme? To what extent the programme was aligned with government policies and nutrition protocols? How did the referral mechanisms to other nutrition programmes (health facility to community and vice-versa) worked?

³² DAC Evaluation criteria: <https://www.oecd.org/dac/evaluation/daccriteriaforevaluatingdevelopmentassistance.htm>

Criteria	Evaluation Questions
Efficiency	<ul style="list-style-type: none"> • What is the cost-effectiveness analysis of MAM treatment in the targeted regions compare to similar programmes in the country or within the sub- region? • Did MAM treatment has the most cost-efficient performance for coverage and adherence? • How can the cost-efficiency of MAM treatment be improved? With specific attention to: <ul style="list-style-type: none"> • Cost per ration distributed ; • Cost per beneficiary reached ; • Cost per beneficiary effectively adhering to an established protocol; • What factors drive the cost-efficiency of MAM treatment?
Impact	<ul style="list-style-type: none"> • To what extent has the MAM treatment contributed to changing the nutrition status of the targeted beneficiaries (lactating and pregnant women and girls, children 6-59 months)? • To what extent has the MAM treatment contributed to meet the performance indicator on recovery, death and dropout in the targeted provinces? • To what extent has the government being influenced to increase investments in nutrition?
Sustainability	<ul style="list-style-type: none"> • To what extend did the intervention implementation arrangements include considerations for sustainability, such as capacity-building of national and local government institutions, communities and other partners? • To what extent will the benefits of the intervention continue for pregnant and lactating women and girls and children 6-59 months after the end of WFP's intervention?

4.3 Data Availability

43. The main sources of information available to the evaluation team, including qualitative and quantitative data, are listed below.

Primary data :

- a. Annual FFP Proposal ;
- b. FFP Concept Notes ;
- c. FFP Biannual Reports ;
- d. FFP Annual Results Reporting ;
- e. WFP Burundi Nutrition Database ;
- f. WFP Post Distribution Reports ;
- g. WFP Burundi Country Annual Report;
- h. Burundi Interim Country Strategic Plan 2018-2020;

Secondary data :

- a. Burundi National guideline on Integrated Management of Acute Malnutrition (IMAM);
- b. Implementing partner's reports ;
- c. USAID Gender Analysis 2017, Burundi ;
- d. USAID Food Assistance Factsheet ;
- e. Additional documents may be made available to the evaluation team at the inception stage of the evaluation.

44. Concerning the quality of data and information, the evaluation team should:

- a. Assess data availability and reliability as part of the inception phase expanding on the information provided in section 4.3. This assessment will inform the data collection.

- b. Systematically check accuracy, consistency, and validity of collected data and information and acknowledge any limitations/caveats in drawing conclusions using the data.

4.4 Methodology

45. The evaluation team will conduct a comprehensive realistic evaluation approach. The adoption of participatory and innovative approaches is highly encouraged.
46. To answer the evaluation questions, a mixed-methods approach is proposed:
 - **Desk Review and Context Analysis:** A careful analysis of existing data and information from secondary sources including policy documents, programme documents, monitoring reports, annual project reports;
 - **Quantitative primary data collection:** from a representative number of pregnant and lactating women, health workers, and other significant actors, through a carefully designed survey, bearing in mind that gender dimensions vary from one region to the other and there are key elements to be assessed;
 - **Qualitative primary data collection:** through interviews, focus group discussions, key informative interviews, storytelling and most significant change approach, as well as other participatory methods, if relevant. This should cover pregnant and lactating women, health workers, and other significant actors.
 - **Costs Analysis:** to answer the questions related to efficiency will require cost-effectiveness analysis and cost-efficiency analysis on MAM treatment intervention.
47. The full methodology will be confirmed and refined by the evaluation team during the inception phase, but it should:
 - Employ the relevant evaluation criteria listed above;
 - Use mixed methods (quantitative, qualitative, participatory, etc.) to ensure triangulation of information through a variety of means;
 - Demonstrate impartiality and lack of biases by relying on a cross-section of information sources (stakeholder groups, including beneficiaries, etc.). The selection of field visit sites will also need to demonstrate impartiality. The evaluation team should ensure that the methodology and evaluation implementation are ethical and conform to the UNEG Ethical Guidelines for Evaluation;
 - Apply an evaluation matrix geared towards addressing the key evaluation questions taking into account the data availability challenges, the budget and timing constraints;
 - Ensure through the use of mixed methods that women, men, girls, and boys from different
 - stakeholder's groups participate and that their different voices are heard and used;
 - Mainstreams gender equality and women's empowerment in the way the evaluation is designed,
 - collected and analysed (as above) and the ways findings are reported, and conclusions and recommendations are made. The methodology should emphasis learning perspectives, such as good practices, strengths, gaps, lessons learned and recommendations for MAM treatment intervention in the four provinces.
48. The methodology should be GEEW-sensitive, indicating what data collection methods are employed to seek information on GEEW issues and to ensure the inclusion of women. Particular attention should be made to marginalized groups and people with disabilities. The methodology should ensure that data collected is disaggregated by sex and age; an explanation should be provided if this is not possible. Triangulation of data should ensure that diverse perspectives and voices of both males and females are heard and taken into account.
49. Looking for explicit consideration of gender in the data after fieldwork is too late; the evaluation team must

have a clear and detailed plan for collecting data from women and men in gender-sensitive ways before fieldwork begins.

50. The evaluation findings, conclusions and recommendations must reflect gender analysis, and the report should provide lessons/ challenges/ recommendations for conducting gender-responsive evaluation in the future.
51. To ensure independence and impartiality, an Evaluation Committee, and an Evaluation Reference Group will be appointed and involved through all the evaluation phases.
52. The Evaluation firm will be asked to set out how ethics can be ensured at all stages of the evaluation and that they seek appropriate ethical clearances (institutional and local) for the design ahead of going to the field.
53. The Evaluation team will need to expand on the methodology presented in the TOR, and develop an Evaluation Matrix as part of this.

4.5 Quality Assurance and Quality Assessment

54. WFP's Decentralized Evaluation Quality Assurance System (DEQAS) defines the quality standards expected from this evaluation and sets out processes with in-built steps for Quality Assurance, Templates for evaluation products and Checklists for their review. DEQAS is closely aligned to the WFP's evaluation quality assurance system (EQAS) and is based on the UNEG norms and standards and good practice of the international evaluation community and aims to ensure that the evaluation process and products conform to best practice.
55. DEQAS will be systematically applied to this evaluation. The WFP Evaluation Manager will be responsible for ensuring that the evaluation progresses as per the [DEQAS Process Guide](#) and for conducting rigorous quality control of the evaluation products ahead of their finalization.
56. WFP has developed a set of [Quality Assurance Checklists](#) for its decentralized evaluations. This includes Checklists for feedback on quality for each of the evaluation products. The relevant Checklist will be applied at each stage, to ensure the quality of the evaluation process and outputs.
57. In addition, to enhance the quality and credibility of this evaluation, an outsourced quality support (QS) service directly managed by WFP's Office of Evaluation in Headquarter provides a review of the draft inception and evaluation report (in addition to the same provided on draft TOR), and provide:
 - a. Systematic feedback from an evaluation perspective, on the quality of the draft inception and evaluation report;
 - b. Recommendations on how to improve the quality of the final inception/evaluation report.
58. The evaluation manager will review the feedback and recommendations from QS and share with the team leader, who is expected to use them to finalise the inception/ evaluation report. To ensure transparency and credibility of the process in line with the United Nations Evaluation Group ([UNEG](#)) [norms and standards](#)³³, a rationale should be provided for any recommendations that the team does not take into account when finalising the report.
59. This quality assurance process as outlined above does not interfere with the views and independence of the evaluation team, but ensures the report provides the necessary evidence in a clear and convincing way and draws its conclusions on that basis.
60. The evaluation team will be required to ensure the quality of data (validity, consistency and accuracy) throughout the analytical and reporting phases. The evaluation team should be assured of the accessibility of all relevant documentation within the provisions of the directive on disclosure of information. This is available in [WFP's Directive CP2010/001](#) on Information Disclosure.
61. All final evaluation reports will be subjected to a post hoc quality assessment by an independent entity

[1] [UNEG](#) Norm #7 states "that transparency is an essential element that establishes trust and builds confidence, enhances stakeholder ownership and increases public accountability"

through a process that is managed by OEV. The overall rating category of the reports will be made public alongside the evaluation reports.

5. Phases and Deliverables

62. The evaluation will proceed through the following phases. Annexes 2 and 5 provide a more detailed timeline.

- **Phase 1 – Preparation phase (12th June – 12th August)**
 - Preparation will be done by WFP Country Office including preparation for the TOR selection of the evaluation team, and contracting of the evaluation company. This is done in collaboration with WFP's regional and headquarter evaluation offices. The TOR is used for competitive tendering for an evaluation team through the WFP Burundi procurement function.
- **Phase 2 – Inception (27th August – 21st October)**
 - Based on an initial mission by the evaluation team leader, possibly including other members of the team, an inception report will be produced. The inception report, following WFP DEQAS guidance, will detail how the team intends to conduct the evaluation with an emphasis on methodological and planning aspects including the theory of change and evaluation matrix. (deliverables : inception report).
- **Phase 3 – Fieldwork (05th November – 05th December)**
 - Data collection is expected to take 3-4 weeks, with some primary data collection in the four intervention provinces and secondary data analysis forming the majority of the work. (deliverables : fieldwork debriefing).
- **Phase 4 – Analyses and reporting (06th December – 12th February)**
 - Based on the data collection and analysis, the desk review, and additional consultations with stakeholders as needed, a draft and final evaluation report will be produced. The draft report is to be circulated by the evaluation manager for comments and thereafter comments considered by the evaluation team in the final evaluation report. (deliverables : draft and final evaluation reports).
- **Phase 5 – Dissemination and follow-up (17th February – 17th March)**
 - WFP Burundi will disseminate the final evaluation report to key internal and external stakeholders. In addition, the recommendations from the evaluation team will be considered in future programming decisions (deliverables: Case study, Data storytelling, Storytelling products, Video, PowerPoint presentation).

63. The expected deliverables from the evaluation exercise are the following:

- a. **Inception report**, using WFP recommended template. The evaluators will confirm the final evaluation questions, the approach and the methods that will be used to answer the evaluation questions. This means setting out a full study design including what data is being collected and for what purpose, how sampling is done, how the data is being analysed and triangulated. The inception report should outline the roles and responsibilities of the evaluation team in alignment with the deliverables. The inception report must also include how the data has been quality-assured, and how the evaluators will manage and safeguard ethics during the life of evaluation. The inception report will include the list of outcome indicators that will be monitored during the evaluation process. Annexed to the inception report, the evaluation team should include a detailed work plan, including timeline and activities, and a communications and learning plan;
- b. **Evaluation report**, including a first draft, using WFP recommended template. It must set out a detailed methodology section, study design, and any limitations or where the study design was compromised. Should detail how data was collected, validated and analysed, and how

conclusions were drawn. How different types of methods were brought together in the analysis. Annexes to the final report include but are not limited to a copy of the final TOR, bibliography, detailed sampling methodology, maps, a list of all meetings and participants, final survey instruments, transcripts from key informant interviews, focus group discussions, table of all standard and custom indicator with baseline, and endline values;

- i. **Clean data sets**, including quantitative data sets in Excel, statistical software code, and transcripts and/or notes from focus group discussions and key informant interviews, a satisfying ethic protocol to ensure anonymous data.

c. Dissemination

- i. **Case study** of MAM treatment, including main findings, good practices, most significant changes, lessons learned, limitations, conclusions, and recommendations;
- ii. **Storytelling products** for each of the targeted beneficiaries of MAM treatment, representing the four regions of interventions;
- iii. **Data storytelling** (2 pages) of the main findings of the evaluation;
- iv. **Dissemination video** on the main findings of the evaluation;
- v. **PowerPoint presentation** of main findings and conclusions for debriefing and dissemination purpose, dissemination videos on the main findings of the evaluation.
- vi. **Two-page summary of the evaluation report**

6. Organization of the Evaluation & Ethics

6.1 Evaluation Conduct

64. The evaluation team will conduct the evaluation under the direction of its team leader and in close communication with the WFP evaluation manager. The team will be hired following the agreement with WFP on its composition.
65. The evaluation team will not have been involved in the design or implementation of the subject of evaluation or have any other conflicts of interest. Further, they will act impartially and respect the [code of conduct of the evaluation profession](#).

6.2 Team composition and competencies

66. The evaluation team is expected to include 3-4 members, including the team leader. To the extent possible, the evaluation will be conducted by a gender-balanced, geographically and culturally diverse team with appropriate skills to assess gender dimensions of the subject as specified in the scope, approach and methodology sections of the ToR. At least one team member should have WFP experience.
67. The team will be multi-disciplinary and include members who together include an appropriate balance of expertise and practical knowledge in the following areas:
 - One team member with sound expertise in nutrition, public health and/or nutrition anthropology with previous experience of work with WFP;
 - One team member with strong expertise in economic development and health economists;
 - One team member with strong expertise in gender equality;
 - One team member with strong competencies in communication, visual information dissemination, graphic design, and videos ;
 - Prior experience evaluating multi-stakeholder programmes, e.g. UN and donor programmes, is required;
 - Prior experience in humanitarian interventions;
 - Experience in the evaluation of large scale nutrition delivery programmes, preferably with integrated

management of acute malnutrition, supplementary feeding, maternal and child health nutrition programmes, etc.

- Sound experiences in data collection and analysis (quantitative and qualitative) skills and experience from similar exercises;
- Experience with USAID/FFP is an advantage;
- Familiarity with Burundi context is a significant advantage;
- All team members should have strong analytical and communication skills, evaluation experience. A majority of team members should be fluent in English and French (oral and written).

68. The Team leader will :

- a. The Team Leader assumes responsibility for the entire evaluation processes and is the main contact with the evaluation manager.
- b. Have advanced University degree in International Affairs, Economics, Nutrition/Health, Agriculture, Environmental Science, Social Sciences or another field relevant to international development assistance.
- c. More than 15 years of progressively responsible professional experience in evaluation, including at least 5 previous assignments as Team Leader.
- d. Have technical expertise in one of the technical areas listed above as well as expertise in designing methodology and data collection tools and demonstrated experience in leading similar evaluations.
- e. She/he will also have leadership, analytical and communication skills, including a track record of excellent English and French writing and presentation skills.

69. Her/his primary responsibilities will be: i) defining the evaluation approach and methodology; ii) guiding and managing the team; iii) leading the evaluation mission and representing the evaluation team; iv) drafting and revising, as required, the inception report, the end of fieldwork (i.e. exit) debriefing presentation and evaluation report in line with DEQAS.

70. The Senior Evaluator (co-team leader) will:

- a. Take a leading role in the design, data collection, data synthesis and analysis, and report writing.
- b. Advanced University degree in International Affairs, Economics, Nutrition/Health, Agriculture, Environmental Science, Social Sciences or another field relevant to international development assistance, or First University Degree with two additional years of relevant work experience from the minimum experience requirement stated below.
- c. More than 10 years of progressively responsible professional experience in evaluation.

71. Her/his primary responsibilities will be: Co-lead on evaluation and approach, co-author of all deliverables (especially the integration of quantitative/survey results), support expert for nutrition development economics and gender analysis.

72. The other team members will bring together a complementary combination of the technical expertise required and have a track record of written work on similar assignments.

73. **Team members will:** i) contribute to the methodology in their area of expertise based on a document review; ii) conduct fieldwork; iii) participate in team meetings and meetings with stakeholders; iv) contribute to the drafting and revision of the evaluation products in their technical area(s).

6.3 Security Considerations

74. **Security clearance** where required is to be obtained from WFF Burundi Country Office.

- As an 'independent supplier' of evaluation services to WFP, the evaluation company is responsible

for ensuring the security of all persons contracted, including adequate arrangements for evacuation for medical or situational reasons. The consultants contracted by the evaluation company do not fall under the UN Department of Safety & Security (UNDSS) system for UN personnel.

75. However, to avoid any security incidents, the Evaluation Manager is requested to ensure that:

- The WFP CO registers the team members with the Security Officer on arrival in country and arranges a security briefing for them to gain an understanding of the security situation on the ground.
- The team members observe applicable UN security rules and regulations – e.g. curfews etc.

6.4 Ethics

76. WFP's decentralised evaluations must conform to WFP and UNEG ethical standards and norms. The contractors undertaking the evaluations are responsible for safeguarding and ensuring ethics at all stages of the evaluation cycle (preparation and design, data collection, data analysis, reporting and dissemination). This should include, but is not limited to, ensuring informed consent, protecting privacy, confidentiality and anonymity of participants, ensuring cultural sensitivity, respecting the autonomy of participants, ensuring fair recruitment of participants (including women and socially excluded groups) and ensuring that the evaluation results in no harm to participants or their communities.

77. Contractors are responsible for managing any potential ethical risks and issues and must put in place in consultation with the Evaluation Manager, processes and systems to identify, report and resolve any ethical issues that might arise during the implementation of the evaluation. Ethical approvals and reviews by relevant national and institutional review boards must be sought where required.

7. Roles and Responsibilities of Stakeholders

78. The WFP Burundi Country Office:

The WFP Burundi Country Office Management (Director or Deputy Director) will take responsibility to:

- Assign an Evaluation Manager for the evaluation: Ms. Gabrielle Tremblay;
- Compose the internal evaluation committee and the evaluation reference group (see below);
- Approve the final TOR, inception and evaluation reports;
- Ensure the independence and impartiality of the evaluation at all stages, including establishment of an Evaluation Committee and of a Reference Group;
- Participate in discussions with the evaluation team on the evaluation design and the evaluation subject, its performance and results with the Evaluation Manager and the evaluation team;
- Organise and participate in two separate debriefings, one internal and one with external stakeholders;
- Oversee dissemination and follow-up processes, including the preparation of a Management Response to the evaluation recommendations.

a- The Evaluation Manager :

- Manages the evaluation process through all phases including drafting this TOR;
- Ensures quality assurance mechanisms are operational;
- Consolidates and shares comments on draft TOR, inception and evaluation reports with the evaluation team;
- Ensures expected use of quality assurance mechanisms (checklists, quality support
- Ensures that the team has access to all documentation and information necessary to the evaluation; facilitates the team's contacts with local stakeholders; sets up meetings, field visits; provides logistic

support during the fieldwork; and arranges for interpretation, if required;

- Organises security briefings for the evaluation team and provides any materials as required.

b- **An internal Evaluation Committee** has been formed as part of ensuring the independence and impartiality of the evaluation. The evaluation committee will approve the products from all the processes.

79. **An Evaluation Reference Group** has been formed, as appropriate, with representation from internal and external stakeholders for the evaluation. The ERG members will review and comment on the draft evaluation products and act as key informants in order to further safeguard against bias and influence.

80. **The Regional Bureau:** the RB will take responsibility to:

- Advise the Evaluation Manager and provide support to the evaluation process where appropriate;
- Participate in discussions with the evaluation team on the evaluation design and on the evaluation subject as required;
- Provide comments on the draft TOR, Inception and Evaluation reports;
- Support the Management Response to the evaluation and track the implementation of the recommendations;
- While the Regional Evaluation Officer will perform most of the above responsibilities, other RB relevant technical staff may participate in the evaluation reference group and/or comment on evaluation products as appropriate.

81. **Relevant WFP Headquarters divisions** will take responsibility to:

- Discuss WFP strategies, policies or systems in their area of responsibility and subject of evaluation.
- Comment on the evaluation TOR, inception and evaluation reports, as required.

82. The Office of Evaluation (OEV). OEV, through the Regional Evaluation Officer, will advise the Evaluation Manager and provide support to the evaluation process when required. It is responsible for providing access to the outsourced quality support service reviewing draft ToR, inception and evaluation reports from an evaluation perspective. It also ensures a help desk function upon request.

8. Communication and budget

8.1 Communication

83. To ensure a smooth and efficient process and enhance the learning from this evaluation, the evaluation team should place emphasis on transparent and open communication with key stakeholders. These will be achieved by ensuring a clear agreement on channels and frequency of communication with and between key stakeholders. These will be achieved by ensuring a clear agreement on channels and frequency of communication with and between key stakeholders during the inception period.

84. Dissemination products should include gender-sensitive data.

85. As part of the international standards for evaluation, WFP requires that all evaluations are made publicly available. Following the approval of the final evaluation report, the report will be made public.

86. All deliverables have to be written in French, and the Evaluation firm is responsible to provide an English translation for the inception report and evaluation report.

87. The following dissemination products should produce by the evaluation team:

- a. Case study;**
- b. Storytelling products;**
- c. Data storytelling;**

- d. Dissemination video;
- e. PowerPoint presentation.
- f. Two-page summary

88. It is strongly recommended that the evaluation team include the case study, the storytelling products, as well as the data storytelling into the final report.

89. WFP Burundi will also use dissemination products for awareness-raising and programme communication.

8.2 Budget

90. For the purpose of this evaluation, WFP will procure an evaluation firm through Long-term Agreements (sometimes called 'service level agreement'). Bidding firms will have to submit their proposals using the [template for the provision of decentralized evaluation services](#) (document attached), by August 5th 2019.

91. The total budget for the evaluation is \$160,000 USD, released in tranches against the high quality and timely delivery of specific key deliverables. The proposals will be assessed according to technical and financial criteria. Firms are encouraged to submit realistic, but competitive financial proposals. The budget is inclusive of all travel, subsistence and other expenses; including any workshops or communication products, and translation costs that need to be delivered.

92. Please send any queries and submit proposals to Gabrielle Tremblay, Evaluation Manager, at gabrielle.tremblay@wfp.org, copying Roberto Borlini, Regional Evaluation Officer, roberto.borlini@wfp.org.

COUVERTURE DU PROGRAMME DE TRAITEMENT DE LA "M.A.M" AU BURUNDI



0 5 10 20 30 40
Kilometers

Annex 2 Evaluation Schedule

	Phases, Deliverables and Timeline	Key Dates
Phase 1 - Preparation		Up to 9 weeks
	Desk review, draft of TOR and quality assurance (QA) using ToR QC	(3 weeks)
	Sharing of draft ToR with outsourced quality support service (DE QS)	(3 days)
	Review draft ToR based on DE QS feedback	(3 days)
	Circulation of TOR for review and comments to ERG, RB and other stakeholders (list key stakeholders)	(2 weeks)
	Review draft ToR based on comments received	(1 week)
	Submits the final TOR to the internal evaluation committee for approval	
	Sharing final TOR with key stakeholders	
	Selection and recruitment of evaluation team	(3 weeks)
Phase 2 - Inception		Up to 7 weeks
	Briefing core team	(1 day)
	Desk review of key documents by evaluation team	3 days
	Inception mission in the country (if applicable)	(1 week)
	Draft inception report	(1 week)
	Sharing of draft IR with outsourced quality support service (DE QS) and quality assurance of draft IR by EM using the QC	(1 week)
	Revise draft IR based on feedback received by DE QS and EM	(1 week)
	Submission of revised IR based on DE QS and EM QA	
	Circulate draft IR for review and comments to ERG, RB and other stakeholders (list key stakeholders)	(2 weeks)
	Consolidate comments	
	Revise draft IR based on stakeholder comments received	(1 week)
	Submission of final revised IR	
	Submits the final IR to the internal evaluation committee for approval	
	Sharing of final inception report with key stakeholders for information	
Phase 3 – Data collection		Up to 3 weeks
	Briefing evaluation team at CO	(1 day)
	Data collection	(3 weeks)
	In-country Debriefing (s)	(1 day)
Phase 4 - Analyze data and report		Up to 11 weeks
	Draft evaluation report	(3 weeks)
	Sharing of draft ER with outsourced quality support service (DE QS) and quality assurance of draft ER by EM using the QC	(1 week)
	Revise draft ER based on feedback received by DE QS and EM QA	(1 week)
	Submission of revised ER based on DE QS and EM QA	

	Circulate draft ER for review and comments to ERG, RB and other stakeholders (list key stakeholders)	(2 weeks)
	Consolidate comments	
	Revise draft ER based on stakeholder comments received	(2 weeks)
	Submission of final revised ER	
	Submits the final ER to the internal evaluation committee for approval	
	Sharing of final evaluation report with key stakeholders for information	
Phase 5 - Dissemination and follow-up		Up to 4 weeks
	Case study	
	Data storytelling	
	Storytelling products	
	Dissemination video	
	PowerPoint presentation	
	Prepare management response	(4 weeks)
	Share final evaluation report and management response with OEV for publication	

Annex 3 Membership of the Evaluation Committee

Purpose: The overall purpose of the evaluation committee is to ensure a credible, transparent, and quality evaluation process in accordance with WFP Evaluation Policy 2016-2021. It will achieve this by supporting the Evaluation Manager (EM) through the process, reviewing evaluation deliverables (TOR, inception report and evaluation reports) and submitting them for approval to the Chair of the Committee.

The composition of the evaluation committee:

- WFP Country Director or delegated to the Deputy Country Director (Chair)
- WFP EM (Secretary)
- WFP Nutrition Team Leader
- WFP Head of Programme or Deputy Head of Programme
- RBN Regional Evaluation Officer
- WFP M&E officer

Responsibilities of the Evaluation Committee: the EC is responsible for approving the TOR, inception report, baseline and endline report of the evaluation.

Input by Phase and Estimated time per EC member (excluding the Evaluation manager) – (1/2 day)

Phase 1 : Planning

- Nominates an EM.
- Decides the evaluation budget.
- Decides the contracting method, well in advance to enable the evaluation manager to plan for the next phase of the evaluation.

Phase 2 : Preparation (½ to 1 day)

- Reviews the TOR on the basis of:
 - The external Quality Support advisory service feedback
 - ERG comments
 - The EM responses documented in the comments matrix
- Approves the final TOR.

Phase 3 : Inception (2 days)

- Briefs the evaluation team including an overview of the subject of the evaluation.
- Informs the design of the evaluation during the inception phase as key stakeholders of the evaluation.
- Supports the identification of appropriate field visit sites on the basis of selection criteria identified by the evaluation team noting that the EC should not influence which sites are selected.
- Reviews the draft IR on the basis of the external Quality Support advisory service feedback

Phase 4: Data Collection and Analysis (2 days)

- Are key informants during the data collection
- Act as sources of contextual information and facilitating data access as per the needs of the evaluation.
- Attend the validation/debriefing meeting, and support the team in clarifying/validating any emerging issues and identifying how to fill any data/information gaps that the team may be having at this stage.
- Facilitate access to stakeholders and information as appropriate
- Attend debriefing meeting with Evaluation Team.

Phase 5 : Report (2 days)

- Review the draft ER on the basis of :

- The external Quality Support advisory service feedback
- ERG comments
- The Evaluation team responses documented in the comments matrix
- Approve the final ER.

Phase 6: Disseminate and Follow-up Phase (1 day)

- Facilitate preparation of the management response to the evaluation recommendations
- Approve the Management Response
- Disseminate evaluation results
- Make the report publicly available
- Is finally responsible to ensure periodic follow up and updating of the status of the implementation of the recommendations.

Procedures of Engagement

- The Chair of the Committee will appoint members of the evaluation committee
- The EM will notify the members of the time, location and agenda of meetings at least one week before the meeting, and share any background materials for preparation.
- Approval can be made via email on the basis of submission to the EC chair after endorsement by all EC members
- EC meetings will be held face-to face and/or via electronic conference call/Skype and/or email depending on the need, the agenda and the context

Annex 4 Membership of the Evaluation Reference Group

Purpose: The overall purpose of the ERG is to support a credible, transparent, impartial and quality evaluation process in accordance with WFP Evaluation Policy 2016-2021. ERG members review and comment on evaluation TOR and deliverables. The ERG members act as experts in an advisory capacity, without management responsibilities. Responsibility for approval of evaluation products rests with the Country Director/Deputy Country Director as Chair of the Evaluation Committee.

Composition of ERG :

- a. WFP Country Director or delegated to the Deputy Country Director (Chair)
- b. WFP Evaluation Manager
- c. WFP Nutrition Team Leader
- d. WFP Head of Programme and Deputy Head of Programme
- e. RBN Regional Evaluation Officer
- f. WFP M&E officer
- g. WFP Gender officer
- h. WFP Nutrition officer
- i. Representatives of other key stakeholders

Tasks: the ERG will review the evaluation products and provide comments to the evaluation team.

Time commitment- :

ERG members responsibilities by Evaluation Phase	Estimated time required
<p>Phase 2 : Preparation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Review TOR and provide feedback ensuring that the TOR will lead to a useful evaluation output and provide any additional key background information to inform the finalization of the TOR. • Identify source documents useful to the evaluation team. • Attend ERG meeting/conference call etc. 	1 day
<ul style="list-style-type: none"> • Phase 3 : Inception • Meet with evaluation team (together and/or individual members). The ERG is a source of information for the evaluation, providing guidance on how the evaluation team can design a realistic/practical, relevant and useful evaluation. • Assist in identifying and contacting key stakeholders to be interviewed, identifying and accessing key documentation and data sources, and identifying appropriate field sites. This is important in their role of safeguarding against bias. • Review and comment on the draft Inception Report (see inception report Template, Quality Checklist, and Comments Matrix). 	1 day
<p>Phase 4 : Data collection and analysis</p> <ul style="list-style-type: none"> • Act as key informant during the data collection stage. • Assist the evaluation team by providing sources of information and facilitating data access. • Attend the validation /debriefing meeting conducted by the evaluation team at the end of the fieldwork. 	1.5 days

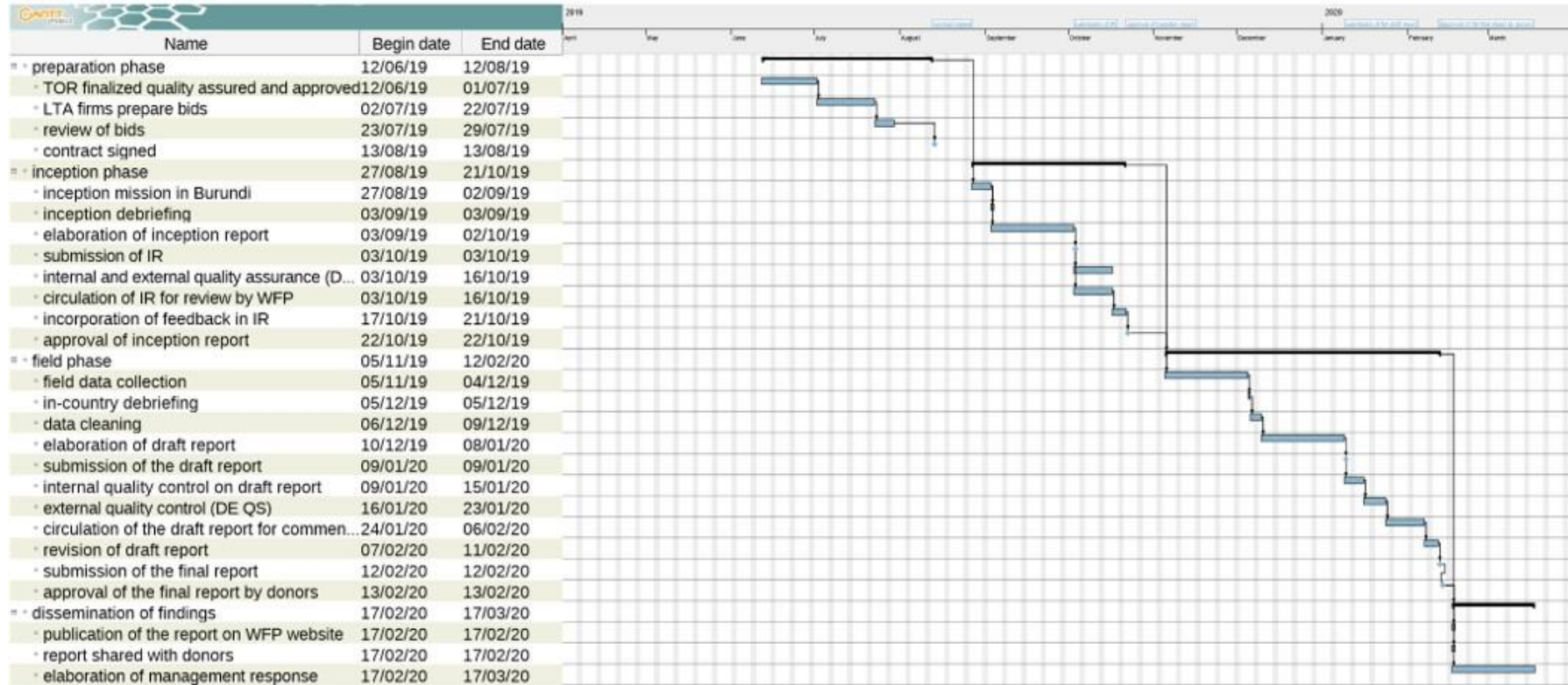
<p>Phase 5 : Report</p> <ul style="list-style-type: none"> Review and comment on the draft evaluation report (see evaluation report Template, Quality Checklist, and Comments Matrix), specifically focusing on accuracy and on quality and comprehensiveness of evidence base against which the findings are presented, and conclusions and recommendations are made. <ul style="list-style-type: none"> Particular attention should be given to ensuring that the recommendations are relevant, targeted, realistic and actionable. The ERG must respect the decision of the independent evaluators regarding the extent of incorporation of feedback provided to them by the ERG and other stakeholders, as long as there is sufficient transparency in how they have addressed the feedback, including clear rationale for any feedback that has not been accepted. 	<p>2+ days</p>
<p>Phase 6 : Disseminate and Follow-up</p> <ul style="list-style-type: none"> Disseminate final report internally and on websites of ERG members as relevant; Share as relevant evaluation findings within respective units, organizations, networks and at key events; Provide input to management response and its implementation (as appropriate). 	

Procedures of Engagement :

- The EM will notify the ERG members the time, location and agenda of meeting at least one week before the meeting, and share any background materials for preparation
- ERG meetings will be held via electronic conference call/Skype.
- The ERG will meet at least once per quarter;
- ERG members, representing their organizations will also be interviewed by the evaluation team during the inception and data collection phases. This will be indicated in the evaluation schedule, and ideally confirmed prior to the commencement of the data collection phase
- For each of the key evaluation products (Terms of Reference, Inception Report, Evaluation Reports), the ERG members will provide feedback electronically to the EM. For the Inception Report and Evaluation Report, the EM will consolidate all feedback for forwarding to the Evaluation Team and will ensure that these have been appropriately responded to by incorporating them in the reports or providing rationale where feedback is not incorporated.

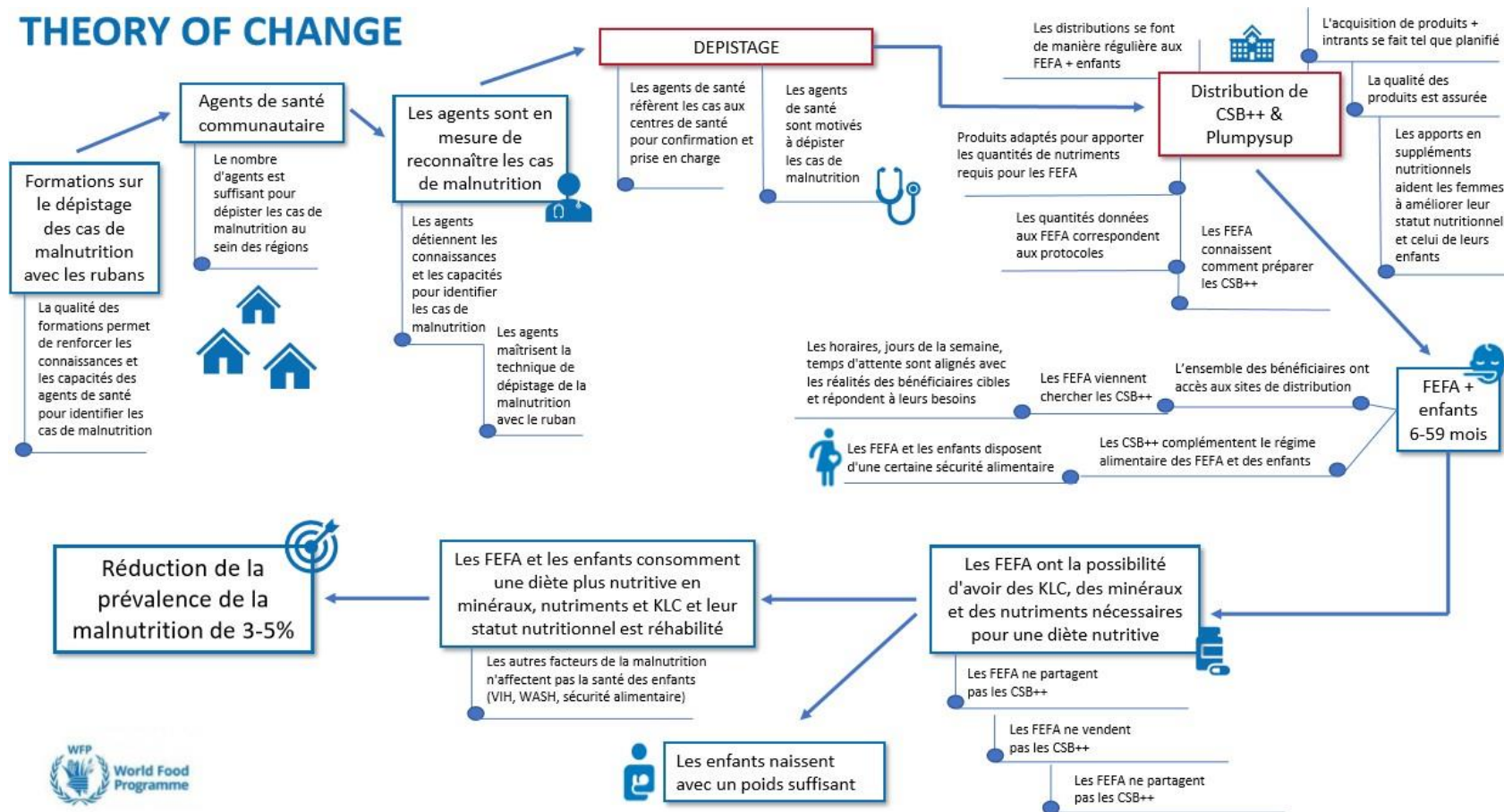
Annex 5 Gantt Chart Project

Gantt Chart



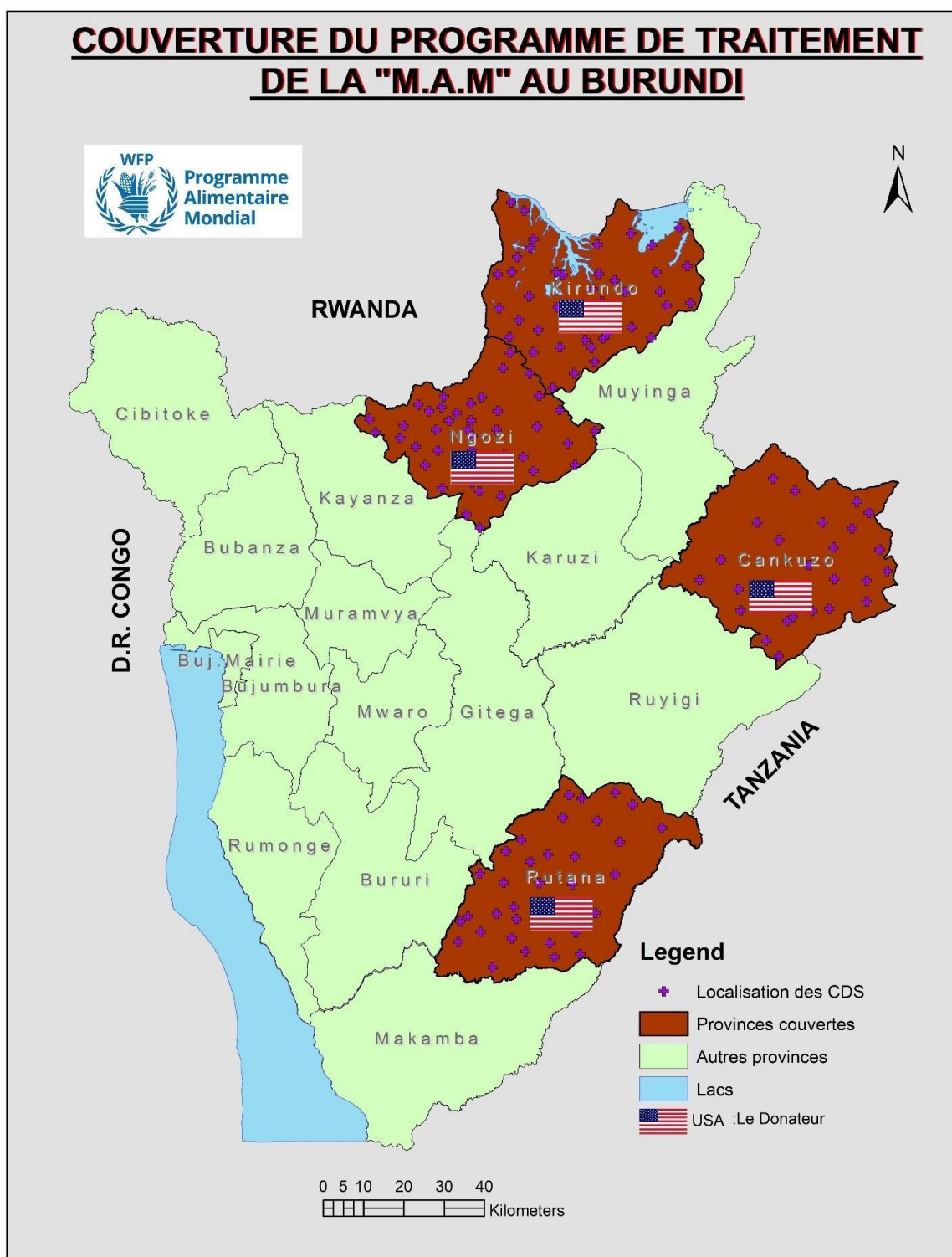
Annex 6 MAM Treatment, Theory of Change

THEORY OF CHANGE



Annexe 2. Carte

Carte 1. Zones d'intervention (quatre provinces) du traitement de la MAM financé par FFP au Burundi



Annexe 3. Matrice d'évaluation

	Critères/questions d'évaluation	Sous-questions	Indicateurs	Sources d'information	Méthodes de collecte/analyse des données
1 Pertinence					
1.1	Dans quelle mesure le traitement de la MAM a-t-il répondu aux besoins des personnes les plus vulnérables, en particulier les femmes et filles enceintes et allaitantes, les adolescentes et les enfants?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En quoi le traitement de la MAM est-il approprié pour les FEFA, les filles enceintes et les adolescentes ? ▪ En quoi ce traitement répond-il aux besoins des enfants âgés de moins de 5 ans ? ▪ Quels sont les problèmes liés à l'utilisation et la consommation du PlumpySup (conservation, temps de préparation, goût, effets secondaires) ? ▪ Est-ce qu'il y a un partage du PlumpySup en famille ? Revente ? Autres contraintes ? ▪ Quels sont les problèmes liés à l'utilisation et à la consommation du CSB++ (conservation, temps de préparation, goût, effets secondaires) ▪ Est-ce qu'il y a un partage du CSB++ en famille ? Revente ? Autres contraintes ? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Besoins/obstacles à l'accès à des éléments nutritifs de la population cible (FEFA, filles enceintes, adolescentes, enfants de moins de 5 ans) ▪ Causes profondes de la malnutrition chez les FEFA, les filles enceintes, les adolescentes, les enfants de moins de 5 ans ▪ Liens entre les activités du programme et les besoins de la population cible ▪ Problèmes liés à l'utilisation et à la consommation des suppléments alimentaires 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proposition de projet du WFP ▪ Rapports d'avancement du programme ▪ Politiques nationales de santé et nutrition ciblant les femmes, les hommes, les adolescents, les enfants ▪ Informateurs clés : (WFP : Directrice de pays WFP et Directrice adjointe, Responsable du programme nutrition, Chef d'équipe/ agent – Nutrition, Directeur PRONIANUT, Point focal PRONIANUT pour le programme de traitement, Point focal nutrition/santé au gouvernorat et au district, Responsables de centres de santé, Agents de santé ; Mères/mamans lumières, Agents de santé communautaires, Relais communautaires ; Mères 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revue documentaire ▪ Entretiens individuels ▪ Discussions de groupes ▪ Comparer les besoins identifiés dans les documents à ceux exprimés par les informateurs clés <p>Qualité des évidences : Bonne. Assez de documents ; reste à compléter par les entretiens et discussions de groupes</p>

	Critères/questions d'évaluation	Sous-questions	Indicateurs	Sources d'information	Méthodes de collecte/analyse des données
				et pères d'enfants de moins de 5 ans, FEFA).	
1.2	Les calendriers de distribution, la logistique, l'accès et les interventions de traitement de la MAM ont-ils correspondu aux réalités et aux besoins des bénéficiaires ciblés, ainsi que des personnes aux besoins spécifiques ?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quelle est la provenance du PlumpySup commandé et distribués aux enfants < 5ans ? ▪ Quelle est la provenance du CSB++ commandé et distribué aux FEFA ? ▪ Quelles sont les perspectives de production locale de ces produits, ou d'autres types de suppléments alimentaires ? ▪ Est-ce que les calendriers de distribution correspondaient aux besoins des FEFA, des enfants de moins de 5 ans et autres populations vulnérables ? ▪ Les calendriers de distribution étaient-ils respectés ? ▪ Les moyens logistiques utilisés (moyens de transport, chargements, déchargements, ...) étaient-ils appropriés aux conditions d'accès géographiques et au climat des zones d'intervention ? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Provenance des suppléments alimentaires utilisés dans le programme de traitement de la MAM ▪ Perspectives de production locale de suppléments alimentaires ▪ Niveau d'harmonisation des horaires, de la logistique et de l'accès en prenant en compte les réalités et les besoins des bénéficiaires 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proposition de projet du WFP (Interim Country Strategic Plan) ▪ Rapports d'avancement du programme ▪ Indicateurs du cadre logique du programme ▪ Informateurs clés (Responsables logistiques WFP du niveau national aux districts ; Responsables des intrants du PRONIANUT, Responsables de centres de santé, Agents de santé ; Mères et pères d'enfants de moins de 5 ans, FEFA) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revue documentaire ▪ Entretiens individuels ▪ Discussions de groupes ▪ Comparer les opinions des différentes parties prenantes avec les problématiques identifiées dans les documents <p>Qualité des évidences : Moyenne ; pas assez de documentation sur les calendriers de distribution. Les entretiens approfondis et les discussions de groupes aideront à combler ce gap.</p>

	Critères/questions d'évaluation	Sous-questions	Indicateurs	Sources d'information	Méthodes de collecte/analyse des données
1.3	Dans quelle mesure l'intervention correspond-elle aux besoins et aux priorités du gouvernement?	<ul style="list-style-type: none"> La conception du programme du WFP était-elle conforme aux priorités du gouvernement ? 	<ul style="list-style-type: none"> Mesure dans laquelle les objectifs, les activités, y compris celles en lien avec le genre, l'autonomisation des femmes et l'équité (ciblage des zones d'intervention et des bénéficiaires) sont en adéquation avec les priorités nationales Données du programme (entrées, sorties, indicateurs de performance) ventilées par sexe et par zone d'intervention 	<ul style="list-style-type: none"> Politiques nationales de santé et nutrition ciblant les femmes, les hommes, les adolescents, les enfants Proposition de projet du WFP Informateurs clés (USAID/FFP ; WFP : Directrice de pays WFP et Directrice adjointe, Responsable du programme nutrition, Chef d'équipe/ agent – Nutrition, Directeur PRONIANUT, Point focal PRONIANUT pour le programme de traitement, Point focal nutrition/santé au gouvernorat et au district, Responsables de centres de santé, Agents de santé) 	<ul style="list-style-type: none"> Revue documentaire Entretiens individuels Comparer les informations résumées dans la documentation avec celles exprimées par les informateurs clés <p>Qualité des évidences : bonne</p>
1.4	Comment les questions de genre, d'équité et d'autonomisation des femmes ont-elles été prises en compte dans la conception, la mise en œuvre et le suivi du programme ? (Question insérée par l'équipe d'évaluation)	<ul style="list-style-type: none"> A-t-on tenu des consultations communautaires pour examiner les points de vue du genre sur la malnutrition, par exemple, a-t-on discuté du rôle des femmes et des hommes dans la prise de décisions sur la nutrition dans le ménage, des tabous et des 	<ul style="list-style-type: none"> Messages clés utilisés dans les activités communautaires et de mobilisation visant à favoriser l'égalité des sexes et la prévention de la violence sexuelle et sexiste, et à éliminer les obstacles culturels et/ou sociaux qui peuvent avoir 	<ul style="list-style-type: none"> Politiques nationales de santé et nutrition ciblant les femmes, les hommes, les adolescents et les enfants Proposition de projet du WFP Informateurs clés (WFP : Directrice de pays WFP et Directrice adjointe, Responsable de 	<ul style="list-style-type: none"> Revue documentaire Entretiens individuels Discussions de groupes <p>Qualité des évidences : moyenne ; absence d'analyse préliminaire de genre avant la mise en œuvre de l'intervention. Données désagrégées selon le sexe et l'âge chez</p>

	Critères/questions d'évaluation	Sous-questions	Indicateurs	Sources d'information	Méthodes de collecte/analyse des données
		<p>pratiques culturelles spécifiques en lien avec le genre afin de garantir que le programme est sensible à la question du genre ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Quel est le mécanisme d'engagement et de rétroaction du WFP pour recueillir le point de vue des communautés et leur fournir un retour sur la prise de décision ? ▪ Dans quelle mesure les personnes, dans leur diversité, ont-elles été consultées pour juger de la pertinence avant la mise en place du programme ? ▪ Comment ces personnes ont-elles pu communiquer sur la pertinence tout au long du programme ? <p>Question de protection :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Est-ce que le fait de participer/recevoir le traitement a occasionné des situations difficiles dans le couple/le ménage/la communauté ? ▪ Est-ce que la prise de la ration entière a été compromise ? Est-ce que des risques ont pu être identifiés ? 	<p>une incidence négative sur l'état nutritionnel</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mécanismes d'engagement et de rétroaction du WFP vis-à-vis de la communauté ▪ Risques liés à l'admission et à la participation au programme 	<p>programme nutrition, Chef d'équipe/ agent – Nutrition, Directeur PRONIANUT, Point focal PRONIANUT pour le programme de traitement, Point focal nutrition/santé au gouvernorat et au district, Responsables de centres de santé, Agents de santé ; Mères/mamans lumières, Agents de santé communautaires, Relais communautaires ; Mères et pères d'enfants de moins de 5 ans, FEFA)</p>	<p>les enfants de moins de 5 ans, mais non désagrégées selon l'âge chez les FEFA.</p>

	Critères/questions d'évaluation	Sous-questions	Indicateurs	Sources d'information	Méthodes de collecte/analyse des données
2 Cohérence					
2.1	Dans quelle mesure les interventions de traitement de la MAM financées par la FFP étaient-elles cohérentes avec les interventions nutritionnelles financées par les autres bailleurs de fonds ?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le programme de traitement de la MAM est-il cohérent avec les programmes de nutrition financés par d'autres bailleurs ? Si oui, lesquels ? ▪ Comment fonctionne la coordination entre le programme de traitement de la MAM et les autres interventions spécifiques sensibles à la nutrition ? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intrication entre le programme de traitement de la MAM et les interventions nutritionnelles financées par les autres bailleurs de fond ▪ Intrication entre le programme de traitement de la MAM et les autres interventions de traitement et de prévention de la malnutrition (critères de ciblage des bénéficiaires, référencement et contre-référencement) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proposition de projet du WFP ▪ Informateurs clés (USAID/FFP ; WFP : Directrice de pays WFP et Directrice adjointe, Responsable de programme nutrition, Chef d'équipe/ agent – Nutrition, Directeur PRONIANUT, Point focal PRONIANUT pour le programme de traitement, Point focal nutrition/santé au gouvernorat et au district, Responsables de centres de santé, Agents de santé) ▪ Plateforme multisectorielle 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revue documentaire ▪ Entretiens individuels ▪ Identifier les autres programmes de nutrition et leurs bailleurs ▪ Établir les liens entre ces programmes et le programme de traitement de la MAM <p>Qualité des évidences : moyenne ; pas de documents sur la présentation exhaustive des programmes financés par les autres bailleurs. Ces informations seront obtenues durant les entretiens individuels.</p>
2.2	Dans quelle mesure le programme était-il aligné sur les politiques gouvernementales et les protocoles nutritionnels ?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'intervention de traitement de la MAM est-elle en adéquation avec le protocole de prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë ? ▪ L'intervention de traitement de la MAM est-elle en adéquation avec les autres protocoles nutritionnels ? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intrication entre le programme de traitement de la MAM et les autres interventions nutritionnelles 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Politiques nationales de santé et nutrition ▪ Proposition de projet du WFP ▪ Protocoles nationaux de lutte contre la malnutrition ▪ Informateurs clés (WFP : Directrice de pays WFP et Directrice adjointe, Responsable du programme nutrition, Chef d'équipe/ agent – 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revue documentaire ▪ Entretiens individuels ▪ Identifier les autres programmes /protocoles de nutrition ▪ Établir les liens entre ces protocoles et le programme de traitement de la MAM <p>Qualité des évidences : Bonne</p>

	Critères/questions d'évaluation	Sous-questions	Indicateurs	Sources d'information	Méthodes de collecte/analyse des données
				Nutrition, Directeur PRONIANUT, Point focal PRONIANUT pour le programme de traitement, Point focal nutrition/santé au gouvernorat et au district)	
2.3	Comment fonctionnaient les mécanismes de référencement vers d'autres programmes de nutrition (centres de santé vers la communauté et vice versa) ?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le programme MAM a-t-il été mis en œuvre en coordination avec les partenaires de manière à éviter les écarts ou les chevauchements ? ▪ Quel mécanisme de référencement a été mis en place pour coordonner les activités du programme avec d'autres partenaires ? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fonctionnement du mécanisme de référencement et contre-référencement avec les autres programmes de nutrition 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rapports d'avancement du programme ▪ Informateurs clés (Responsables de centres de santé, Agents de santé ; Mères/mamans lumières, Agents de santé communautaires, Relais communautaires ; Mères et pères d'enfants de moins de 5 ans, FEFA) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revue documentaire ▪ Entretiens individuels ▪ Comparer les informations issues de la revue à celles exprimées par les informateurs clés <p>Qualité des évidences : moyenne ; les rapports du programme ne mentionnent pas suffisamment les mécanismes de référencement. Ces informations seront obtenues durant les entretiens individuels et discussions de groupes.</p>
2.4	Dans quelle mesure l'intervention de traitement de la MAM est en adéquation avec les politiques nationales en matière d'égalité des sexes et d'autonomisation des femmes ? (Question	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quels sont les éléments du projet qui déterminent la participation active et l'engagement des femmes dans le traitement de la MAM ? ▪ Est-ce que certaines mesures (p. ex. dans le 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Participation des femmes dans les différentes activités (dépistage, prise en charge, suivi, prévention) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Politiques nationales de santé et nutrition ciblant les femmes, les hommes, les adolescents, les enfants ▪ Informateurs clés (WFP : Responsable de programme nutrition, 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revue documentaire ▪ Entretiens individuels ▪ Discussions de groupes <p>Qualité des évidences : moyenne ; insuffisance de documents de politiques sur le genre.</p>

	Critères/questions d'évaluation	Sous-questions	Indicateurs	Sources d'information	Méthodes de collecte/analyse des données
	insérée par l'équipe d'évaluation)	<p>travail de sensibilisation) ou des mesures complémentaires ont été prises pour rectifier des inégalités dues à l'âge et/ou au genre ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Est-ce que l'on peut voir des résultats en matière d'égalité ? ▪ Est-ce que des messages en termes d'égalité ont été intégrés aux messages nutritionnels ? 		<p>Chef d'équipe Nutrition, Point focal PRONIANUT programme MAM, Responsables de centres de santé, Agents de santé ; Mamans lumières, Agents de santé communautaires, Mères et pères d'enfants de moins de 5 ans, FEFA)</p>	<p>Ces informations seront obtenues durant les entretiens individuels et les discussions de groupes.</p>
3 Efficacité					
3.1	<p>Dans quelle mesure l'intervention a-t-elle donné des résultats pour les femmes enceintes et allaitantes, les adolescentes et les enfants de 6-59 mois ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quelle était la couverture géographique du programme ? ▪ Quelle était la couverture des bénéficiaires (femmes enceintes, femmes allaitantes, adolescentes, enfants de moins de 5 ans) ? ▪ Quels sont les facteurs qui ont limité l'atteinte d'une couverture acceptable ? ▪ Est-ce que ces facteurs limitants étaient différents selon les types de bénéficiaires ? ▪ Quelles étaient les principales contraintes liées à l'accès aux services ? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proportion des centres de santé offrant les services de traitement de la MAM ▪ Proportion de la population éligible (FEFA, adolescentes et enfants) qui participent au programme (couverture) ▪ Proportion de la population cible qui participe à un nombre adéquat de distributions (adhésion) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rapports d'avancement du programme ▪ Bases de données quantitatives du programme ▪ Informateurs clés (Responsables centres de santé, Agents de santé ; Mères/mamans lumières, Agents de santé communautaires, Relais communautaires ; Mères et pères d'enfants de moins de 5 ans, FEFA) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revue documentaire ▪ Entretiens individuels ▪ Discussions de groupes ▪ Analyse quantitative des données : comparaison des résultats obtenus par rapport aux cibles <p>Qualité des évidences : Bonne</p>

	Critères/questions d'évaluation	Sous-questions	Indicateurs	Sources d'information	Méthodes de collecte/analyse des données
		<ul style="list-style-type: none"> Est-ce que les contraintes d'accès aux sites étaient différentes pour les femmes allaitantes, les femmes enceintes et les adolescentes ? Et quelles étaient-elles ? 			
3.2	Y a-t-il eu des résultats positifs ou négatifs non intentionnels ?	<ul style="list-style-type: none"> Quels ont été les résultats positifs inattendus chez chaque type de bénéficiaires ? Quels ont été les résultats négatifs inattendus chez chaque type de bénéficiaires ? Dans quelle mesure la disponibilité des suppléments alimentaires dans les centres de santé a-t-elle eu une influence positive ou négative sur la participation et l'utilisation d'autres services de santé et de nutrition, tels que la vaccination, les soins prénataux et postnataux, la consultation générale ou la promotion de la santé ? 	<ul style="list-style-type: none"> Résultats inattendus Nombre d'admissions aux services de santé et de nutrition avant et après le début du traitement de la MAM 	<ul style="list-style-type: none"> Rapports d'avancement du programme Bases de données quantitatives du programme Informateurs clés (prestataires de services, bénéficiaires Responsables de centres de santé, Agents de santé ; Mères/mamans lumières, Agents de santé communautaires, Relais communautaires ; Mères et pères d'enfants) 	<ul style="list-style-type: none"> Revue documentaire Entretiens individuels Discussions de groupes Analyse quantitative des données : identification des tendances inattendues <p>Qualité des évidences : moyenne ; les rapports du programme ne mentionnent pas ces informations. Elles seront obtenues durant les entretiens individuels et les discussions de groupes.</p>
3.3	Dans quelle mesure les activités de mobilisation communautaire et d'éducation nutritionnelle ont-elles entraîné une prise	<ul style="list-style-type: none"> Quel est l'effet de la mobilisation communautaire sur la stimulation de l'adhésion 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de séances de mobilisation menées Nombre de personnes (femmes, hommes, garçons, filles) exposées 	<ul style="list-style-type: none"> Rapports d'avancement du programme Bases de données quantitatives du programme 	<ul style="list-style-type: none"> Revue documentaire Entretiens individuels Discussions de groupes

	Critères/questions d'évaluation	Sous-questions	Indicateurs	Sources d'information	Méthodes de collecte/analyse des données
	de conscience et une demande des services de nutrition ? (Question insérée par l'équipe d'évaluation)	<p>et de la participation au programme ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Comment les hommes, les femmes, les filles et les garçons ont participé dans le suivi du traitement ? Quelles consultations ont été initiées ? ▪ Quel est l'effet disséminateur des messages sur les femmes versus les hommes, et voisins/voisines non bénéficiaires du programme ? ▪ Quel est l'effet disséminateur sur les parents et les enfants ? 	<p>aux messages nutritionnels appuyés par WFP</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre d'aidants naturels ciblés (hommes et femmes) recevant trois messages clés par le biais de messages et de conseils appuyés par WFP ▪ Nombre de personnes atteintes grâce aux approches interpersonnelles de communication pour le changement de comportement, désagrégées selon le sexe et l'âge ▪ Degré de prise de conscience créé par les activités de mobilisation ▪ Proportion d'enfants âgés de 6-23 mois qui reçoivent une alimentation minimale acceptable ▪ Diversité alimentaire minimale – Femmes 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informateurs clés (prestataires de services, bénéficiaires - Responsables des centres de santé, Agents de santé ; Mères/mamans lumières, Agents de santé communautaires, Relais communautaires ; Mères et pères d'enfants) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analyse quantitative des données : identification des tendances <p>Qualité des évidences : moyenne ; les rapports du programme ne mentionnent pas ces informations. Elles seront obtenues durant les entretiens individuels et les discussions de groupes.</p>
3.4	Quels sont les principaux facteurs qui ont contribué à l'atteinte ou non, des indicateurs de performance, tels que la	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dans quelle mesure les indicateurs de performance ont-ils été respectés ? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Taux de guérison, de décès, de perdus de vue, de non-réponse au traitement 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rapports d'avancement du programme ▪ Bases de données quantitatives du programme 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revue documentaire ▪ Entretiens individuels ▪ Discussions de groupes ▪ Analyse quantitative des données : comparaison

	Critères/questions d'évaluation	Sous-questions	Indicateurs	Sources d'information	Méthodes de collecte/analyse des données
	guérison, le décès et les perdus de vue dans les provinces ciblées ?	<ul style="list-style-type: none"> Quels étaient les facteurs facilitateurs et les contraintes pour atteindre les FEFA et les enfants ? 	<ul style="list-style-type: none"> Environnement propice (juridique, institutionnel, socio-économique, culturel) Facteurs d'offre (accès aux services) Facteurs de demande (adhésion des bénéficiaires) 	<ul style="list-style-type: none"> Informateurs clés (prestataires de services, bénéficiaires - Responsables de centres de santé, Agents de santé ; Mères/mamans lumières, Agents de santé communautaires, Relais communautaires ; Mères et pères d'enfants) 	<p>des résultats obtenus aux standards</p> <p>Qualité des évidences : Bonne.</p>
4 Efficience					
4.1	Les objectifs du programme ont-ils été atteint dans le temps imparti ? (Question insérée par l'équipe d'évaluation)	<ul style="list-style-type: none"> Les financements et les activités ont-ils été effectués tels que planifiés ? Y a-t-il eu des modifications de calendrier ? La commande et la distribution des suppléments alimentaires se sont-elles effectuées régulièrement de manière à prévenir les ruptures de stocks ? 	<ul style="list-style-type: none"> Activités réalisées versus planifiées 	<ul style="list-style-type: none"> Rapports d'avancement du programme Bases de données quantitatives du programme Informateurs clés (équipe de gestion du budget et des finances WFP, équipe logistique WFP) 	<ul style="list-style-type: none"> Revue documentaire Entretiens individuels <p>Qualité des évidences : Bonne.</p>
4.2	Le traitement de la MAM a-t-il le meilleur rendement coût-efficace en termes de couverture et d'adhésion ?	<ul style="list-style-type: none"> Dans quelle mesure la mise en œuvre actuelle du programme est-elle coût-efficace ? 	<ul style="list-style-type: none"> Coûts totaux et coûts par catégories (personnel/matériel/transports/etc.) Taux de décaissement/réel et prévu (écart) 	<ul style="list-style-type: none"> Rapports financiers du programme Bases de données financières du programme Manuel des procédures Informateurs clés (équipe de gestion du budget et 	<ul style="list-style-type: none"> Revue documentaire Entretiens individuels Analyse des coûts directs ; comparaison des coûts entre les provinces <p>Qualité des évidences : moyenne ; les données</p>

	Critères/questions d'évaluation	Sous-questions	Indicateurs	Sources d'information	Méthodes de collecte/analyse des données
			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Frais généraux de mise en œuvre du projet ▪ Coût par type de ration distribuée ou de ration distribuée (CSB++ versus PlumpySup) ▪ Coût par type de bénéficiaire admis (pour chacune des cibles : femmes enceintes, femmes allaitantes, enfants < 5 ans) ▪ Coût par type de bénéficiaire qui adhère efficacement au protocole établi (de l'admission à la guérison) ▪ Dépenses de nutrition liées à une maladie : déparasitage, prévention et traitement précoce des maladies diarrhéiques, prévention contrôle du paludisme 	des finances WFP, équipe logistique WFP, agents de santé)	sur les dépenses ne sont pas désagrégées selon les provinces.
4.3	Comment peut-on améliorer le rapport coût-efficacité du traitement de la MAM ?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pourrait-on atteindre des résultats identiques avec moins de ressources ? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alternatives au traitement de la MAM ▪ Production locale des suppléments alimentaires ▪ Intégration des suppléments alimentaires dans le système national de la chaîne d'approvisionnement 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rapports financiers du programme ▪ Informateurs clés (équipe de gestion du budget et des finances WFP, équipe logistique WFP, agents de santé) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revue documentaire ▪ Entretiens individuels <p>Qualité des évidences : moyenne ; les rapports du programme ne mentionnent pas ces informations. Elles seront obtenues durant les entretiens individuels.</p>

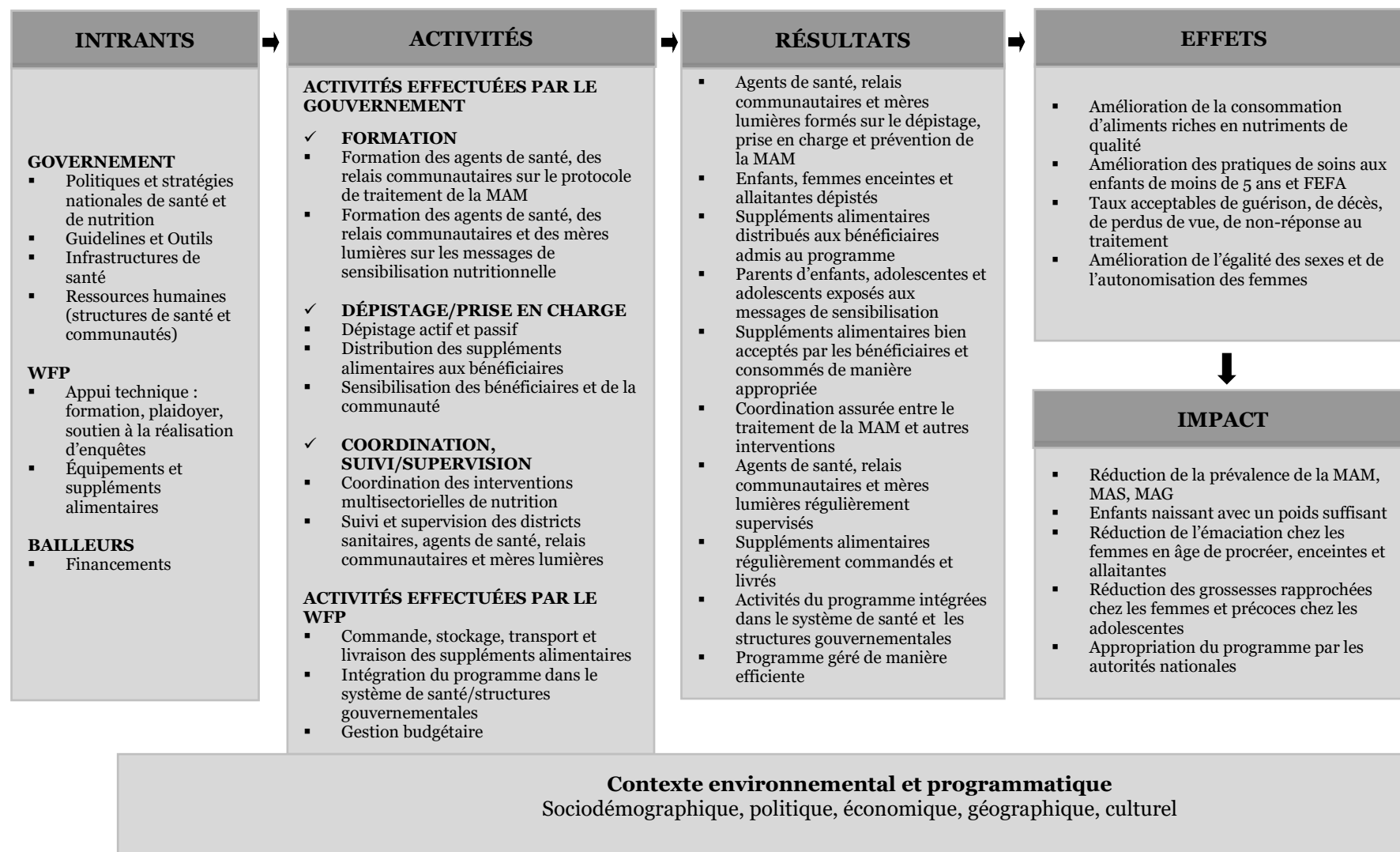
	Critères/questions d'évaluation	Sous-questions	Indicateurs	Sources d'information	Méthodes de collecte/analyse des données
4.4	Quels sont les facteurs qui déterminent l'efficacité du traitement de la MAM ?	<ul style="list-style-type: none"> Quels sont les éléments intrinsèques et extrinsèques qui déterminent l'efficacité du programme ? Comment ces éléments pourraient-ils être utilisés pour améliorer l'efficacité du traitement de la MAM ? 	<ul style="list-style-type: none"> Coordination avec d'autres programmes de nutrition Capacité du personnel (combinaison de compétences) Renforcement des capacités de l'organisation de mise en œuvre 	<ul style="list-style-type: none"> Rapports financiers du programme Bases de données financières du programme Informateurs clés (équipe de gestion du budget et des finances WFP, équipe logistique WFP, agents de santé) 	<ul style="list-style-type: none"> Revue documentaire Entretiens individuels Analyse des coûts ; comparaison des coûts entre les provinces <p>Qualité des évidences : moyenne ; les rapports du programme ne mentionnent pas ces informations. Elles seront obtenues durant les entretiens individuels.</p>
4.5	Le suivi et la supervision du programme se sont-ils déroulés tels que planifiés ? (Question insérée par l'équipe d'évaluation)	<ul style="list-style-type: none"> Le suivi et la supervision du programme étaient-ils réguliers ? Quelle est la participation des bénéficiaires et non-bénéficiaires dans les activités de suivi ? 	<ul style="list-style-type: none"> Régularité des activités de suivi et de supervision Qualité des activités de suivi et de supervision Participation des bénéficiaires et non-bénéficiaires 	<ul style="list-style-type: none"> Rapports du programme Informateurs clés (Responsables des centres de santé, Mamans lumières et Agents de santé communautaires) 	<ul style="list-style-type: none"> Revue documentaire Entretiens individuels Discussions de groupes <p>Qualité des évidences : Bonne</p>
5 Impact					
5.1	Dans quelle mesure le traitement de la MAM a-t-il contribué à changer l'état nutritionnel des bénéficiaires ciblés (femmes allaitantes et enceintes, enfants de 6-59 mois) dans les régions géographiques ciblées ?	<ul style="list-style-type: none"> Quel est l'impact de l'intervention sur le statut nutritionnel des populations cibles (femmes allaitantes et enceintes, enfants de 6-59 mois) ? Quel est le potentiel du traitement de la MAM à influencer la réduction du retard de croissance ou la prévention de la 	<ul style="list-style-type: none"> Prévalence de la MAM, MAS, MAG chez les enfants de moins de 5 ans Prévalence de l'émaciation chez les femmes en âge de procréer, enceintes et allaitantes Réduction des grossesses rapprochées chez les femmes 	<ul style="list-style-type: none"> Rapports d'avancement du programme Rapports d'enquêtes nutritionnelles Rapports d'enquêtes démographiques de santé (EDS) Informateurs clés (prestataires de services, bénéficiaires - Responsables de centres de santé, Agents de 	<ul style="list-style-type: none"> Revue documentaire Entretiens individuels Discussions de groupes <p>Qualité des évidences : moyenne ; l'intervention est de courte durée pour produire un impact fort. L'impact potentiel sera estimé.</p>

	Critères/questions d'évaluation	Sous-questions	Indicateurs	Sources d'information	Méthodes de collecte/analyse des données
		malnutrition (impact à long terme) chez les femmes allaitantes et enceintes, et les enfants de 6-59 mois ?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réduction des grossesses précoces chez les adolescentes ▪ Enfants naissant avec un poids suffisant 	santé ; Mères/mamans lumières, Agents de santé communautaires, Relais communautaires ; Mères et pères d'enfants)	
5.2	Dans quelle mesure le gouvernement a-t-il été influencé pour augmenter les investissements dans la nutrition ?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dans quelle mesure le programme a-t-il influencé les initiatives de participation du gouvernement au traitement de la MAM, et le secteur nutrition en général ? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Appropriation du programme par les autorités nationales 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rapports d'avancement du programme ▪ Informateurs clés (USAID/FFP ; Directrice de pays WFP et Directrice adjointe, Responsable de programme nutrition, Chef d'équipe/ agent – Nutrition, Directeur PRONIANUT, Responsables de centres de santé) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revue documentaire ▪ Entretiens individuels <p>Qualité des évidences : moyenne ; les rapports du programme ne mentionnent pas ces informations. Elles seront obtenues durant les entretiens individuels.</p>
5.3	L'intervention a-t-elle le potentiel d'influencer positivement les relations de genre, d'équité et d'autonomisation des femmes ? (Question insérée par l'équipe d'évaluation)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comment les hommes soutiennent-ils la nutrition des femmes pendant les périodes prénatales et postnatales ? ▪ Comment les hommes participent-ils aux décisions concernant l'alimentation après avoir reçu des conseils et messages nutritionnels ? ▪ Comment les hommes soutiennent-ils les femmes qui participent à des activités communautaires à l'extérieur du ménage ? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Connaissance et rétention des messages sur la nutrition par les hommes, les femmes et les adolescents ▪ Autonomisation des femmes pour les encourager à faire des changements après leur admission au programme ▪ Mesures prises par les femmes pour changer leurs pratiques alimentaires dans le ménage et résultats de leurs actions 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rapports d'avancement du programme ▪ Informateurs clés (prestataires de services, bénéficiaires - Responsables centres de santé, Agents de santé ; Mères/mamans lumières, Agents de santé communautaires, Relais communautaires ; Mères et pères d'enfants) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revue documentaire ▪ Entretiens individuels ▪ Discussions de groupes <p>Qualité des évidences : moyenne ; les rapports du programme ne mentionnent pas ces informations. Elles seront obtenues durant les entretiens individuels.</p>

	Critères/questions d'évaluation	Sous-questions	Indicateurs	Sources d'information	Méthodes de collecte/analyse des données
			<ul style="list-style-type: none"> Participation des hommes aux décisions concernant l'alimentation dans le ménage 		
6 Durabilité					
6.1	Dans quelle mesure les ententes de mise en œuvre des interventions ont-elles tenu compte des facteurs de durabilité, comme le renforcement des capacités des institutions gouvernementales nationales et locales, des collectivités et d'autres partenaires ?	<ul style="list-style-type: none"> Dans quelle mesure la gestion du traitement de la MAM a-t-elle été intégrée et a-t-elle contribué au renforcement du système de santé ? 	<ul style="list-style-type: none"> Gouvernance Ressources humaines : agents de santé, relais communautaires et mamans lumières formées Financements du gouvernement : coût du traitement de la MAM intégré dans les budgets, plans et politiques nationales Infrastructures, équipements Prestation des services Système d'information 	<ul style="list-style-type: none"> Rapports d'avancement du programme Proposition de projet du WFP Informateurs clés (USAID/FFP ; Directrice de pays WFP et Directrice adjointe, Responsable de programme nutrition, Chef d'équipe/ agent – Nutrition, Directeur PRONIANUT, Responsables centres de santé) 	<ul style="list-style-type: none"> Revue documentaire Entretiens individuels <p>Qualité des évidences : moyenne ; les rapports du programme ne mentionnent pas ces informations. Elles seront obtenues durant les entretiens individuels.</p>
6.2	Dans quelle mesure les avantages de l'intervention se poursuivront-ils pour les femmes enceintes et allaitantes, les adolescentes et les enfants de 6-59 mois après la fin de l'intervention du WFP ?	<ul style="list-style-type: none"> Quelle est la politique du gouvernement en matière de durabilité des interventions nutritionnelles ? Quelles sont les stratégies de sortie et de durabilité mises en place par le WFP ? 	<ul style="list-style-type: none"> Politiques et mesures gouvernementales de durabilité prises dans les protocoles d'entente au sujet de l'appropriation progressive du programme Production locale des suppléments alimentaires pour le traitement de la MAM 	<ul style="list-style-type: none"> Politiques et Stratégies nationales Proposition de projet du WFP Informateurs clés (USAID/FFP ; Directrice de pays WFP et Directrice adjointe, Responsable de programme nutrition, Chef d'équipe/ agent – Nutrition, Directeur PRONIANUT, 	<ul style="list-style-type: none"> Revue documentaire Entretiens individuels <p>Qualité des évidences : moyenne ; les rapports du programme ne mentionnent pas ces informations. Elles seront obtenues durant les entretiens individuels.</p>

	Critères/questions d'évaluation	Sous-questions	Indicateurs	Sources d'information	Méthodes de collecte/analyse des données
			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Achat de la production locale d'ingrédients agricoles pour la prévention de la malnutrition 	Responsables de centres de santé)	
6.3	Dans quelle mesure le programme a influencé la participation des femmes dans les structures et institutions de prise de décision ? (Question insérée par l'équipe d'évaluation)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quelle est la contribution du programme à l'autonomisation des femmes ? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Participation des femmes aux sphères de décisions sur l'alimentation et la nutrition des ménages (du niveau national au niveau communautaire) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rapports d'avancement du programme ▪ Informateurs clés (prestataires de services, bénéficiaires - Responsables de centres de santé, Agents de santé ; Mères/mamans lumières, Agents de santé communautaires, Relais communautaires ; Mères et pères d'enfants) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revue documentaire ▪ Entretiens individuels ▪ Discussions de groupes <p>Qualité des évidences : moyenne ; les rapports du programme ne mentionnent pas ces informations. Elles seront obtenues durant les entretiens individuels.</p>

Annexe 4. Théorie du changement construite pour guider l'évaluation du traitement de la MAM dans les provinces de Cankuzo, Kirundo, Ngozi et Rutana au Burundi



Annexe 5. Documents consultés

Type de Document	Commentaires / Titres & dates des documents reçus	Reçus - O/N (N/A)	Lien vers la Matrice d'évaluation
Documents liés au projet [le cas échéant]			
Rapport d'approbation de mission		N	
Document de projet (y compris le Cadre de Travail Logique en Annexe)	A contribué au développement de la théorie du changement et de la matrice d'évaluation.	O	
Rapports de Projet Standard	PAM 2018. <i>Aide aux réfugiés et aux populations vulnérables en situation d'insécurité alimentaire, Rapport de projet standard 2018</i> , Burundi : PAM, 2018, pp 15-16. Donne un aperçu sur les progrès réalisés par le programme	O	
Révisions du Budget		N	
Mention pour le compte-rendu (Note for the record (NFR)) de la réunion du Comité de Révision de Programme (pour l'opération d'origine et les révisions budgétaire s'il y en a)		N	
Budget Excel approuvé (pour l'intervention original et les révisions budgétaires s'il y en a)	Le budget approuvé est reparti par année selon des catégories de dépenses. Il est utile pour effectuer l'analyse financière, la limitation et l'absence de désagrégation par province.	O	
Intervention/Plan du Projet (détails des nombres et exigences alimentaires des bénéficiaires par région/activité/mois et partenaire)	Ce document sera analysé plus en profondeur durant la phase de collecte et d'analyse à proprement dit	O	
Autre			
Documents Stratégiques du Bureau de Pays (le cas échéant)			
Document de Stratégie National (s'il y en a)	<i>PAM 2017. Burundi country gender action plan 2017-2020</i> . Burundi : WFP, Avril 2017. Donne un aperçu sur la stratégie de genre du Burundi. Va inspirer l'analyse genre de l'évaluation bien qu'élaborée après le démarrage du programme de traitement de la MAM	O	
Autres	<i>Burundi: Annual Country Report – Country Strategic Plan 2018 – 2020, ACR Reading Guidance</i> . Burundi : WFP, 2018.	O	
Rapports d'évaluation [le cas échéant]			
Revue exhaustive sur la Sécurité Alimentaire et la Vulnérabilité	<i>L'Etat de la sécurité alimentaire et de la nutrition dans le monde en 2018. Renforcer la résilience face aux changements climatiques</i>	N	

Type de Document	Commentaires / Titres & dates des documents reçus	Reçus - O/N (N/A)	Lien vers la Matrice d'évaluation
	<i>pour la sécurité alimentaire et la nutrition. FAO, FIDA, OMS, PAM et UNICEF, Rome : FAO, 2018. Aidera à décrire et comprendre le contexte alimentaire et nutritionnel du Burundi</i>		
Revue sur la Sécurité des Plantations et Alimentaires (FAO/PAM)		N	
Revue sur la Sécurité Alimentaire d'Urgence		N	
Bulletins sur le Système de Supervision de la Sécurité Alimentaire		N	
Revue du Marché et Bulletins		N	
Missions de revues Jointes (UNHCR/PAM)		N	
Revue inter-agences		N	
Besoin de revue rapide		N	
Etude de faisabilité liquide et coupons		N	
Autres			
Supervision et Compte-rendu (le cas échéant)			
Plan M&E	Ce document sera analysé plus en profondeur durant la phase de collecte et d'analyse à proprement dit	O	
Rapports sur la Situation du Pays (SITREP)		N	
Briefing pour le Responsable du Pays		N	
Rapports de Supervision sur la Distribution de Nourriture et Post-distribution	Ces rapports auraient permis d'avoir des indices sur la qualité et l'efficacité des distributions, ainsi que sur la fiabilité des données concernant la distribution.	N	
Rapports de Supervision Mensuels	Rapport mensuel suivi-processus - Avril 2018 : ce document résume le nombre de supervisions ainsi que les observations et recommandations issues de ces supervisions. Il n'y a qu'un seul rapport de ce type, or la mise à disposition de tous les rapports aurait montré la robustesse du système de suivi-évaluation et aurait constitué un argument fort en faveur de la qualité des données retrouvées dans les rapports et bases et données.	O	
Rapports de Vérification des Bénéficiaires	Ces rapports auraient permis d'avoir des indices sur la qualité et la fiabilité des données sur les bénéficiaires.	N	
Rapports sur les Donateurs spécifiques			

Type de Document	Commentaires / Titres & dates des documents reçus	Reçus - O/N (N/A)	Lien vers la Matrice d'évaluation
Rapports de Supervision des Rendements (le cas échéant)			
Bénéficiaires réels et prévus par activité et zone/location par année	Rapports annuels et rapports biannuels, mais qui ne présentent que des données par location. La base de données renseignant sur les bénéficiaires peut apporter cette information. La présence de rapports de vérification des bénéficiaires aurait permis de trianguler l'information et aurait un argument supplémentaire sur la qualité des données fournies	O	
Bénéficiaires hommes vs. bénéficiaires femmes par activité et zone/location par année	Rapports annuels et rapports biannuels, mais qui ne présentent que des données par location. La base de données renseignant sur les bénéficiaires peut apporter cette information. La présence de rapports de vérification des bénéficiaires aurait permis de trianguler l'information et fournirait un argument supplémentaire sur la qualité des données fournies	O	
Bénéficiaires par groupe d'âge	Rapports annuels et rapports biannuels, mais qui ne présentent que des données par location. La base de données renseignant sur les bénéficiaires peut apporter cette information. La présence de rapports de vérification des bénéficiaires aurait permis de trianguler l'information et fournirait un argument supplémentaire sur la qualité des données fournies	O	
Tonnages distribués par activité et par année, Réels et Prévus	Rapports annuels et rapports biannuels, mais qui ne présentent que des données par location. La base de données renseignant sur les bénéficiaires peut donner cette information. La présence de rapports de Supervision sur la Distribution de Nourriture et Post-distribution aurait permis de trianguler l'information et fournirait un argument supplémentaire sur la qualité des données fournies	O	
Type de Commodity par Activité			
Exigences en matière de liquide/coupons, Réelles et Planifiées (USD) par activité et par année			
Documents opérationnels (le cas échéant)			
Organigramme pour le bureau principal et les sous-bureaux			
Lignes directives des activités			
Rapports de Mission	Rapport de mission de préparation de l'évaluation	O	
Vision d'ensemble pour la période couverte par l'évaluation			
Revue des capacités logistiques			

Type de Document	Commentaires / Titres & dates des documents reçus	Reçus - O/N (N/A)	Lien vers la Matrice d'évaluation
Partenaires (le cas échéant)			
Rapports annuels des partenaires coopératifs	USAID 2017. <i>Burundi Gender Analysis, Rapport final</i> , USAID, 2017. Sera analysé	O	
Liste des partenaires (Gouvernement, ONG, agences des Nations Unies) par location/ activité/ rôle/ tonnage opéré	Documents d'accords entre les partenaires Ces documents seront analysés plus en profondeur durant la phase de collecte et d'analyse à proprement dit	O	
Accords au niveau du terrain (Field level agreements (FLAs)), Protocole de Compréhension (Memorandum of Understanding (MOUs))	Documents d'accords entre le WFP et les districts sanitaires Ces documents seront analysés plus en profondeur durant la phase de collecte et d'analyse à proprement dit	O	
Réunions de Regroupement/ Coordination (le cas échéant)			
Logistiques/Sécurité alimentaire/Regroupement de documents sur l'alimentation		N	
NFR de réunions de coordination		N	
Autre			
Evaluations / Revues			
Evaluations /Revues d'opérations passées ou en cours	Il n'y a pas eu d'évaluations ou revues d'opérations antérieures à la présente évaluation		
Mobilisation de ressources (le cas échéant)			
Stratégie de mobilisation des ressources		N	
NFR de réunions de donateurs		N	
Autres documents collectés par l'équipe (y compris les documents externes) (le cas échéant)			
Enquêtes nationales	EDS 2016/2017. <i>Troisième Enquête Démographique et de Santé au Burundi (EDSB-III). Indicateurs Clés 2016-2017</i> . Institut de Statistiques et d'Études Économiques du Burundi (ISTEEBU), mai 2017. Aidera à décrire et comprendre le contexte socio-démographique et sanitaire de l'intervention du traitement de la MAM	O	
Rapport annuel			

Type de Document	Commentaires / Titres & dates des documents reçus	Reçus - O/N (N/A)	Lien vers la Matrice d'évaluation
Stratégie nationale	Gouvernement du Burundi 2019. <i>Plan Stratégique Multisectoriel de Sécurité Alimentaire et de Nutrition (PSMSAN II)</i> . Gouvernement du Burundi, 2019. Aide à comprendre le contexte programmatique du programme de traitement de la MAM Aide à faire l'arrimage entre le traitement de la MAM avec les autres interventions spécifiques et sensibles à la nutrition	O	
Stratégie nationale	MINAGRIE. <i>Plan National d'Investissement Agricole (PNIA)</i> , Bujumbura : MINAGRIE, Juin 2011 Aide à faire l'arrimage avec les autres interventions spécifiques et sensibles à la nutrition	O	
Stratégie nationale	PRONIANUT 2019. <i>Plan Stratégique de Nutrition (2019-2023)</i> , Ministère de la santé publique et de la lutte contre le SIDA (PRONIANUT), février 2019. Aide à faire l'arrimage avec les autres interventions spécifiques et sensibles à la nutrition	O	
Stratégie nationale	<i>Protocole national de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë (PCIMA)</i> , Ministère de la santé publique et de la lutte contre le SIDA (PRONIANUT), avril 2019. Décrit la stratégie de traitement de la MAM	O	

Annexe 6. Parties prenantes interviewées

Nom	Organisation	Fonction
Niveau national (Bujumbura)		
Patrizia Papinutti	AFP	Deputy Country Director
Micheal Ohiarlaithe	WFP	
Séverine Giroud	WFP	Head of Unit, Nutrition
Pochon Martine	WFP	Gender and Protection
Nkeshimana Gaston	WFP	Programme Policy Officer - Nut
Ntamagirot Anatole	WFP	Budget and Programming
Nshime Shadia	WFP	Finance Officer
Mahwane Jean	WFP	VAM Officer
Jean Baptiste Niyongabo	WFP	Program Associate, M&E
Hyppolithe Niyongabo/Liena Narame	WFP	Logistics Officer
Dr Tumwibaze Alice	PRONIANUT	Commission Intrants, M&E
Elisabeth N. Zanou	UNICEF	Nutrition Manager
Dr Busogoro	OMS	
Isidore Sindabarira	FAO	Point focal nutrition
Leif Davenport	FFP Bujumbura	FFP Officer
Mpoziriniga Audace	FFP Bujumbura	Food Security Specialist
Mike Manske	FFP Washington	Nutrition Advisor
Gates Russel et Mme Biton	Concern Worldwide	Chef de mission
Mbengue Marthe	World Vision	Directrice Nationale
Dr Sibomana Célestin	Deuxième vice-présidence	Point focal SUN/PMSAN
Province de Ngozi		
Mpoyi Willy	WFP Ngozi	Responsable Bureau de Terrain
Barihuta Leonidas	WFP Ngozi	Nutritionniste de terrain
Hakizimana Siméon	WFP Ngozi	Moniteur de terrain SSN
Karombo Charles	WFP Ngozi	Logisticien
Kayohera Augustin	District Sanitaire Ngozi	Point focal nutrition
Diane Niyonzima	District Sanitaire Ngozi	Gestionnaire de la Pharmacie
Stéphanie Congere	Bureau Provincial Santé	Point focal nutrition
Félicité Irakiza	CdS Ngozi	Titulaire Adjoint du CdS
Hawa Kwizera	CdS Ngozi	Responsable SSN
Uwizeyimana Astérie	CdS Ngozi	Agent d'appui SSN
Dévote Ndacayisaba	CdS Burasira	Titulaire de CdS
Justine Bangirimana	CdS Burasira	Responsable SSN
Pontien Minani	CdS Burasira	Agent d'appui SSN
Province de Kirundo		
Emmanuel Nkeraguhiga	District Sanitaire	Point focal nutrition
Odette Nibitanga	District Sanitaire	Gestionnaire de la Pharmacie
Fidèle Ntuyenabo	Bureau Provincial Santé	Point focal nutrition
Beatrice Ngezahimana	CdS Kirundo	Titulaire Adjoint du CdS
Françoise Nyandwi	CdS Kirundo	Responsable SSN
Beatrice Niyonzima	CdS Kirundo	Agent d'appui SSN
Eric Harerimana	CdS Sigu	Titulaire de CdS
Province de Cankuzo		
Hermenegilde Ndengutse	District Sanitaire	Point focal nutrition
Bonaventure Kiranyagara	District Sanitaire	Gestionnaire de la Pharmacie
Renilde Ndabaganitse	CdS Cankuzo	Titulaire de CdS
Frédéric Bandushubwenge	CdS Cankuzo	Responsable SSN
Dieudonné Ndikumana	CdS Cankuzo	Agent d'appui SSN
Bernard Nkuriyigoma	CdS Cendajuru	Titulaire de CdS & Resp. SSN
Brigitte Ngendabanyiwa	CdS Cendajuru	Agent d'appui SSN
Province de Rutana		
Emmanuel Niyonkuru	District Sanitaire	Point focal nutrition

Nom	Organisation	Fonction
Etienne Bucumi	District Sanitaire	Gestionnaire de la Pharmacie
Mariane Manirakiza	Bureau Provincial Santé	Point focal nutrition
Appolinaire Nsabimana	CdS Rutana	Titulaire de CdS
Denis Nintunze	CdS Gatakazi	Titulaire de CdS
Moïse Maombi	CdS Gatakazi	Responsable SSN
Longin Harushimana	CdS Gatakazi	Agent d'appui SSN
WFP Gitega		
Gloriose Nyandimbane	WFP Gitega	Monitrice de Terrain SSN
Tharcisse Niyonkuru	WFP Gitega	Responsable Bureau de Terrain

Participants	Lieu	Nombre de participants
COSA et les pères des enfants de moins de 5 ans (bénéficiaires et non-bénéficiaires)	CdS Ngozi	2 femmes, 7 hommes
Mamans lumières et agents de santé communautaire	CdS Ngozi	6 femmes, 2 hommes
Femmes Enceintes et Femmes Allaitantes (bénéficiaires et non-bénéficiaires)	CdS Ngozi	12 femmes
COSA et les pères des enfants de moins de 5 ans (bénéficiaires et non-bénéficiaires)	Centre de santé Burasira, Ngozi	1 femme, 8 hommes
Mamans lumières et agents de santé communautaire	Centre de santé Burasira, Ngozi	5 femmes, 3 hommes
Femmes Enceintes et Femmes Allaitantes (bénéficiaires et non-bénéficiaires)	Centre de santé Burasira, Ngozi	12 femmes
COSA et les pères des enfants de moins de 5 ans (bénéficiaires et non-bénéficiaires)	CdS Kirundo	2 femmes, 7 hommes
Mamans lumières et agents de santé communautaire	CdS Kirundo	5 femmes, 3 hommes
Femmes Enceintes et Femmes Allaitantes (bénéficiaires et non-bénéficiaires)	CdS Kirundo	12 femmes
COSA et les pères des enfants de moins de 5 ans (bénéficiaires et non-bénéficiaires)	CdS Sigu	6 hommes, 1 femme
Mamans lumières et agents de santé communautaire	CdS Sigu	4 femmes, 2 hommes
Femmes Enceintes et Femmes Allaitantes (bénéficiaires et non-bénéficiaires)	CdS Sigu	12 femmes
COSA et les pères des enfants de moins de 5 ans (bénéficiaires et non-bénéficiaires)	CdS Cankuzo	2 femmes, 7 hommes
Mamans lumières et agents de santé communautaire	CdS Cankuzo	6 femmes, 2 hommes
Femmes Enceintes et Femmes Allaitantes (bénéficiaires et non-bénéficiaires)	CdS Cankuzo	12 femmes
COSA et les pères des enfants de moins de 5 ans (bénéficiaires et non-bénéficiaires)	CdS Cendajuru	2 femmes, 7 hommes
Mamans lumières et agents de santé communautaire	CdS Cendajuru	6 femmes, 2 hommes
Femmes Enceintes et Femmes Allaitantes (bénéficiaires et non-bénéficiaires)	CdS Cendajuru	12 femmes
COSA et les pères des enfants de moins de 5 ans (bénéficiaires et non-bénéficiaires)	CdS Rutana	2 femmes, 7 hommes
Mamans lumières et agents de santé communautaire	CdS Rutana	6 femmes, 2 hommes
Femmes Enceintes et Femmes Allaitantes (bénéficiaires et non-bénéficiaires)	CdS Rutana	12 femmes
COSA et les pères des enfants de moins de 5 ans (bénéficiaires et non-bénéficiaires)	CdS Gatakazi	2 femmes, 7 hommes
Mamans lumières et agents de santé communautaire	CdS Gatakazi	6 femmes, 2 hommes
Femmes Enceintes et Femmes Allaitantes (bénéficiaires et non-bénéficiaires)	CdS Gatakazi	12 femmes

	Entretiens individuels	Discussions de groupes		Observations directes
		Nombre de séances	Nombre de participants	
National	20	-	-	-
Provincial	9	-	-	-
District sanitaire	8	12	116	4
Centre de santé	19	12	112	4
Total	54	24	226	8

Annexe 7. Centres de santé sélectionnés pour la collecte des données

Tableau 10. Centres de santé sélectionnés pour la collecte des données quantitatives secondaires dans les provinces de Ngozi et Rutana

Province	District sanitaire	Commune	Centre de santé (CdS)	
Ngozi	Buye	Mwumba	1. Cah 2. Gatobo 3. Buziragaham	
		Nyamuren	4. Gitare	
		Gashikanwa	5. Gashikanwa	
		Kirembe	Kirembe	6. Nyamugari
			Marangara	7. Giheta
	Ngozi	Bisiga	8. Bisiga	
		Ruhororo	9. Taba1 10. Mubanga1	
	Rutana	Gihofi	Bukemba	11. Kabanga
			Giharo	12. Butezi
			Gitanga	13. Gitanga 14. Kinzanza
Rutana			Mpingakoye	15. Kigu 16. Mpinga 17. Ngara
		Rutana	18. Kivoga 19. Gasakuza	
		Musongati	20. Musongati	

Tableau 11. Centres de santé sélectionnés pour la collecte des données primaires qualitatives (échantillonnage raisonné)

Province	District sanitaire	Commune	Centre de santé (CdS)
Ngozi	Ngozi	Ngozi	1. Centre de santé de Ngozi
		Ruhororo	2. Centre de santé de Burasira
Kirundo	Kirundo	Kirundo	3. Centre de santé de Kirundo
	Busoni	Busoni	4. Centre de santé de Sigu
Cankuzo	Cankuzo	Cankuzo	5. Centre de santé de Cankuzo
		Cendajuru	6. Centre de santé de Cendajuru
Rutana	Rutana	Rutana	7. Centre de santé de Rutana
		Musongati	8. Centre de santé de Gatakazi

Annexe 8. Outils de collecte de données

Outils de collecte des données quantitatives dans les structures de santé

Tableau 12. Fiche de collecte des indicateurs de performances

Service de Stabilisation (SST), Service de Thérapeutique Ambulatoire (STA), Service de Supplémentation Nutritionnelle (SSN)³⁴

	Mois	Nombre de g guéris	Nombre d'abandons	Nombre de décès	Nombre de transferts/ autres	% Guéris ³⁵	% Abandons	% Décès	% transferts/ autres
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
...									
...									
30									
31									
32									
33									
34									
35									
36 ³⁶									

³⁴ Les données STA et SST seront recueillis uniquement si les structures existent dans les centres de santé visités.

³⁵ Les enquêteurs ne relèveront que le nombre de guéris, d'abandons, de décès, de transferts/ autres, les données seront ensuite saisies dans un fichier Excel qui calculera automatiquement les pourcentages et tracera les courbes de tendances.

³⁶ Les données seront collectées pour la période allant d'avril 2016 à avril 2019.

Tableau 13. Fiche de collecte des données : admission SST, STA, SSN³⁷

	Mois	Nombre d'admissions	Moyenne glissante 3 mois ³⁸	Médiane glissante 3 mois
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
...				
...				
...				
...				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36 ³⁹				

³⁷ Les données STA et SST seront recueillis uniquement si les structures existent dans les centres de santé visités.

³⁸ Les enquêteurs ne relèveront que le nombre d'admissions et les données seront ensuite saisies dans un fichier Excel qui calculera automatiquement les moyennes et les médianes, et qui tracera les courbes de tendances.

³⁹ Les données seront collectées pour la période allant d'avril 2016 à avril 2019.

Tableau 14. Fiche de collecte des données : périmètre brachial (PB) à l’admission STA et SSN⁴⁰

PB	Admissions
125	
124	
122	
121	
120	
119	
118	
117	
116	
115	
114	
113	
112	
111	
110	
109	
108	
107	
106	
105	
104	
103	
102	
101	
100	
99	
98	
97	
96	
95	
94	
93	
92	
91	
90	
89	
88	
87	

⁴⁰ Les données SST seront recueillies uniquement si les structures existent dans les centres de santé visités.

Tableau 15. Fiche de collecte des données : PB à la sortie (abandon) STA et SSN⁴¹

PB	Admissions
>125	
125	
124	
122	
121	
120	
119	
118	
117	
116	
115	
114	
113	
112	
111	
110	
109	
108	
107	
106	
105	
104	
103	
102	
101	
100	
99	
98	
97	
96	
95	
94	
93	
92	
91	
90	
89	
88	
87	

⁴¹ Les données SST seront recueillies uniquement si les structures existent dans les centres de santé visités.

Tableau 16. Fiche de collecte des durées de séjour avant guérison STA et SSN⁴²

Semaine	Nombre
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	

Tableau 17. Fiche de collecte du type de référence STA et SSN⁴³

Référence	Nombre
Relais communautaire	
Spontanée (mère seul)	
Maman lumière	
Leader communauté	
Personnel ONG	
Personnel de santé (dépistage passif)	
Autres	

⁴²Les données SST seront recueillies uniquement si les structures existent dans les centres de santé visités.

⁴³ Les données SST seront recueillies uniquement si les structures existent dans les centres de santé visités.

Tableau 18. Fiche de collecte des données : abandon SST, STA, SSN⁴⁴

	Mois	Nombre d'abandons	Moyenne glissante 3 mois ⁴⁵	Médiane glissante 3 mois
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
...				
...				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36 ⁴⁶				

Tableau 19. Fiche de collecte des durées de séjour avant abandon STA et SSN⁴⁷

Semaine	Nombre
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	

⁴⁴ Les données STA et SST seront recueillis uniquement si les structures existent dans les centres de santé visités.

⁴⁵ Les enquêteurs ne relèveront que le nombre d'abandons et les données seront ensuite saisies dans un fichier Excel qui calculera automatiquement les moyennes et médianes, et qui tracera les courbes de tendances.

⁴⁶ Les données seront collectées pour la période allant d'avril 2016 à avril 2019.

⁴⁷ Les données SST seront recueillies uniquement si les structures existent dans les centres de santé visités.

Outils de collecte des données primaires qualitatives

Guide d'entretien avec les responsables gouvernementaux (PRONIANUT, secrétariat SUN, points focaux nutrition/santé au niveau des provinces et districts), les partenaires techniques (équipes WFP, UNICEF, FAO) et les bailleurs de fonds

Introduction, confidentialité et accès à l'information

Cet entretien est mené dans le cadre de l'évaluation du programme de traitement de la malnutrition aiguë modérée dont la mise en œuvre est appuyée par WFP dans les provinces de Ngozi, Kirundo, Cankuzo et Rutana. Le but de cette évaluation est d'examiner le processus, les résultats, les effets et éventuellement l'impact de l'intervention dans ces provinces, afin de faire des recommandations appropriées pour rendre possible toutes améliorations. L'un des éléments essentiels du processus de l'évaluation consiste à mener des entretiens avec des informateurs clés tels que vous, afin d'obtenir votre avis sur la mise en œuvre du programme. Nous tenons à vous remercier d'avoir donné votre consentement à participer à cette évaluation. Soyez assuré(e) que vos réponses resteront strictement confidentielles. Bien que vous puissiez être cité(e) dans le rapport d'évaluation, la source de la citation ne sera pas identifiée par vos nom, titre ou affiliation institutionnelle.

L'équipe d'évaluation

Informations sur le participant

Date :	Nom de l'organisation :		
Participant	Nom	Titre/Fonction	Coordonnées

Questions	Réponses/citations du ou des répondants
Pertinence	
Satisfaction quant aux besoins et priorités du gouvernement et des populations les plus vulnérables	
Selon vous, en quoi la conception du programme de traitement de la MAM est-elle conforme aux priorités et stratégies nationales du gouvernement ?	
En quoi ce programme est-il conforme aux priorités et stratégies nationales et internationales du WFP (<i>question uniquement pour les équipes du WFP</i>)	

Questions	Réponses/citations du ou des répondants
Dites-nous en quoi l'intervention de traitement de la MAM est-elle en adéquation avec le protocole de prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë et les autres protocoles nutritionnels ?	
<p>Comment les questions de genre, d'équité et d'autonomisation des femmes ont-elles été prises en compte dans la conception, la mise en œuvre et le suivi du programme par rapport au :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ciblage des zones d'intervention ? • Ciblage des bénéficiaires, y compris les plus vulnérables ? 	
<p>En quoi ce programme de traitement de la MAM est-il approprié pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les FEFA, y compris les adolescentes ? • Les enfants âgés de moins de 5 ans ? 	
D'après vous, y a-t-il des catégories de bénéficiaires qui n'ont pas été pris en compte ? Si oui, lesquels ?	
Cohérence	
Cohérence entre le financement FFP pour la MAM et les interventions nutritionnelles financées par les autres bailleurs de fonds	
<p>Comment fonctionne la coordination entre le programme de traitement de la MAM financé par FFP et les autres interventions spécifiques et sensibles à la nutrition financées par d'autres bailleurs en matière de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sélection des zones d'intervention ? • Ciblage des bénéficiaires ? • Référencement et contre-référencement ? 	
Efficacité	
Résultats du programme et facteurs de contribution	

Questions	Réponses/citations du ou des répondants
<p>Quel est votre point de vue sur les résultats du programme par rapport :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Au développement des capacités effectuées par le WFP ? • Au dépistage et prise en charge des FEFA ? • Au dépistage et prise en charge des enfants < 5 ans ? • A la coordination des activités avec d'autres programmes ? 	
<p>Quels ont été les résultats positifs ou négatifs inattendus ?</p>	
<p>Que diriez-vous du mécanisme d'interaction entre le WFP et la communauté pour recueillir leur point de vue et leur fournir un retour sur la prise de décision (engagement et rétroaction) ?</p>	
<p>Quels sont les principaux facteurs ayant contribué à l'atteinte de ces résultats ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour les FEFA • Pour les enfants < 5 ans 	
<p>D'après vous, qu'est-ce qui devrait être amélioré ?</p>	
<p>Efficiene</p>	
<p>Atteinte des objectifs du programme dans le temps imparti</p>	
<p>Les financements et les activités ont-ils été effectués tels que planifiée ?</p>	
<p>Y a-t-il eu des modifications de calendrier ? Si oui, pourquoi ?</p>	
<p>Coût du programme et options d'amélioration de l'efficiene</p>	

Questions	Réponses/citations du ou des répondants
<p>D'après vous, pourrait-on atteindre les résultats obtenus avec moins de ressources ? Si oui, expliquez. Si non, pourquoi ?</p>	
Impact	
Changements survenus dans l'état nutritionnel des bénéficiaires dans les quatre provinces	
<p>D'après vous, quel est l'impact de l'intervention sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La prévalence de la MAM ? • La prévalence de l'émaciation chez les femmes en âge de procréer, enceintes et allaitantes ? • La réduction des grossesses rapprochées chez les femmes ? • La réduction des grossesses précoces chez les adolescentes ? • Le poids de naissance des enfants ? 	
<p>Quel est l'impact potentiel sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le retard de croissance • La prévention de la malnutrition à long terme ? 	
Impact sur les autorités gouvernementales	
<p>Dans quelle mesure le programme a-t-il influencé les initiatives de participation du gouvernement au traitement de la MAM, et le secteur nutritionnel en général ?</p>	
Impact sur les relations de genre, d'équité et d'autonomisation des femmes	
<p>Comment le programme a-t-il aidé à l'autonomisation des femmes afin de sensibiliser les hommes, les femmes, les personnes âgées et les jeunes à l'importance de la nutrition familiale ?</p>	

Questions	Réponses/citations du ou des répondants
Durabilité	
<p>Dans quelle mesure la gestion du traitement de la MAM a-t-elle contribué au renforcement du système de santé en matière de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gouvernance (développement des politiques et stratégies) ? • Ressources humaines : formation des agents de santé, des relais communautaires et des mamans lumières ? • Equipements des structures sanitaires ? • Intégration du financement du traitement de la MAM dans les budgets nationaux ? • Intégration de la commande, du stockage et de la distribution des suppléments nutritionnels dans le système national de la chaîne d'approvisionnement ? • Intégration des données de suivi du programme dans le système national d'information sanitaire ? 	
<p>Quelle est la politique du gouvernement en matière de durabilité des interventions nutritionnelles qui prennent en compte le traitement et la prévention de la MAM ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dans les protocoles d'entente au sujet de l'appropriation des programmes ? • Pour la production locale des suppléments alimentaires pour le traitement de la MAM ? • La production et la distribution locales d'ingrédients agricoles pour la prévention de la malnutrition ? 	

Guide d'entretien avec les responsables des intrants nutritionnels (PRONIANUT et WFP)

Informations sur le participant

Date :	Nom de l'organisation :		
Participant	Nom	Titre/Fonction	Coordonnées

Questions	Réponses/citations des répondants
Pertinence	
Calendriers de distribution, logistique, couverture, accès	
Quelle est la provenance du PlumpySup commandé et distribué aux enfants < 5 ans ?	
Quelle est la provenance du CSB++ commandé et distribué aux FEFA ?	
Les moyens logistiques utilisés (moyens de transport, chargements, déchargements, ...) étaient-ils appropriés aux conditions d'accès géographiques et au climat des zones d'intervention ?	
Quels sont les principales contraintes liées à la couverture de tous les centres de santé ?	
Quels sont les principales contraintes liées à l'accès des centres de santé couverts ?	
Efficiences	
Atteinte des objectifs du programme dans le temps imparti	
La commande et la distribution des suppléments alimentaires se sont-elles effectuées régulièrement de manière à prévenir les ruptures de stock ? Si non, pourquoi ?	

Questions	Réponses/citations des répondants
Est-ce que les calendriers de distribution étaient régulièrement respectés ? Si non, pourquoi ?	
Les financements ont-ils été alloués tels que planifiés ?	
Y a-t-il eu des modifications de calendrier ? Si oui, pourquoi ?	
Coût du programme et options d'amélioration de l'efficience	
D'après vous, pourrait-on atteindre des résultats identiques avec moins de ressources ? Si oui, comment ?	
Durabilité	
Dans quelle mesure la gestion du traitement de la MAM a-t-elle contribué au renforcement du système de santé en matière d'intégration de la commande, de stockage et de distribution des suppléments nutritionnels dans le système national de chaîne d'approvisionnement ?	

Guide de discussions de groupes avec les quatre catégories de participants définis dans la méthodologie d'évaluation, à savoir :

- 1) Responsables de centres de santé et agents de santé
- 2) Agents de santé communautaires/relais communautaires et mamans lumières
- 3) Mères d'enfants < 5 ans et FEFA (bénéficiaires et non-bénéficiaires)
- 4) Leaders communautaires et pères d'enfants < 5 ans (bénéficiaires et non-bénéficiaires)

Introduction, confidentialité et accès à l'information

Cette discussion est menée dans le cadre de l'évaluation du programme de traitement de la malnutrition aiguë modérée dont la mise en œuvre est appuyée par WFP dans les provinces de Ngozi, Kirundo, Cankuzo et Rutana. Le but de cette évaluation est d'examiner le processus, les résultats, les effets et éventuellement l'impact de l'intervention dans ces provinces, afin de faire des recommandations appropriées pour rendre possible toutes améliorations. L'un des éléments essentiels du processus d'évaluation consiste à mener des discussions en groupes avec les prestataires de services, les bénéficiaires et les non-bénéficiaires du programme. Nous tenons à vous remercier d'avoir donné votre consentement pour participer à cette séance de discussion. Soyez assuré(e) que vos réponses resteront strictement confidentielles. Bien que vous puissiez être cité(e) dans le rapport d'évaluation, la source de la citation ne sera pas identifiée par vos nom, titre ou position.

L'équipe d'évaluation⁴⁸

Informations sur l'activité et les participants

Date :			
Nom de la localité :			
Nom de la structure sanitaire :			
Catégorie des participants :			
1) Responsables de centres de santé et agents de santé			
2) Agents de santé communautaires/relais communautaires et mamans lumières			
3) Mères d'enfants < 5 ans et FEFA (bénéficiaires et non-bénéficiaires)			
4) Leaders communautaires et pères d'enfants < 5 ans (bénéficiaires et non-bénéficiaires)			
Nombre de participants hommes	Nombre de participants femmes	Nombre total de participants	

⁴⁸Toutes les questions ne seront pas posées à toutes les catégories. Elles seront adaptées à chaque catégorie de participants. Ces guides de discussion de groupes seront mieux adaptés aux différentes catégories de participants au cours de la phase d'analyse approfondie des documents et des données quantitatives, avant les visites de terrain. De plus, ils seront pré-testés et affinés en conséquence, avant la collecte des données proprement dite.

Questions	Réponses/citations du ou des répondants
Pertinence	
Satisfaction quant aux besoins et priorités du gouvernement, et des populations les plus vulnérables	
Y a-t-il des catégories de bénéficiaires qui n'ont pas été atteints ? Si oui, lesquels ?	
<p>A-t-on tenu des consultations communautaires pour examiner les points de vue du genre sur la malnutrition avant le démarrage de l'intervention ou bien durant son déroulement afin de</p> <ul style="list-style-type: none"> • Discuter du rôle des femmes et des hommes dans la prise de décisions sur la nutrition dans le ménage ? • Discuter des tabous et pratiques culturelles en lien avec la nutrition des FEFA et des enfants < 5 ans ? 	
Parlez-nous des messages clés utilisés dans les activités de sensibilisation du programme visant à favoriser l'égalité des sexes et la prévention de la violence sexuelle et sexiste ?	
Satisfaction des besoins des bénéficiaires	
<p>D'après vous, quels sont les problèmes liés à l'utilisation et à la consommation du PlumpySup en lien avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La conservation ? • Le temps de préparation ? • Le goût ? • Les effets secondaires ? • Le partage en famille ? • La vente ? 	

Questions	Réponses/citations du ou des répondants
<p>Parlez-nous des problèmes liés à l'utilisation et la consommation du CSB++</p> <ul style="list-style-type: none"> • La conservation ? • Le temps de préparation ? • Le goût ? • Les effets secondaires ? • Le partage en famille ? • La vente ? 	
Cohérence	
Cohérence entre le traitement de la MAM et les interventions spécifiques sensibles à la nutrition	
Quels sont les types d'interventions dans la localité qui ciblent les mêmes bénéficiaires, autres que le traitement de la MAM ?	
Décrivez le mécanisme d'admission d'un bénéficiaire du traitement de la MAM, lors de ces autres interventions et vice versa	
Efficacité	
Résultats du programme et facteurs de contribution	
<p>Quel est votre point de vue sur les résultats du programme par rapport :</p> <ul style="list-style-type: none"> • A la couverture des centres de santé ? • A l'accès aux services par les FEFA ? • A l'accès aux services par les enfants < 5 ans ? • Au mécanisme de référencement et contre-référencement entre les programmes ? 	

Questions	Réponses/citations du ou des répondants
<p>Quels sont les principales contraintes et tabous liés à l'accès aux services :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour les FEFA (incluant les adolescentes) ? • Pour les enfants < 5 ans ? 	
<p>Quels sont les principaux facteurs ayant contribué à l'atteinte des résultats ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour les FEFA • Pour les enfants < 5 ans 	
<p>Avez-vous remarqué une différence dans la fréquentation du centre de santé liée à la disponibilité ou non des suppléments alimentaires ? Expliquez.</p>	
<p>Résultats des activités de mobilisation communautaire et d'éducation nutritionnelle</p>	
<p>D'après vous, en quoi le fait de sensibiliser la communauté a-t-il stimulé l'adhésion et la participation au programme ?</p>	
<p>Quel était le niveau de participation des populations cibles (femmes, hommes, garçons, filles) ? Expliquez</p>	
<p>Que diriez-vous du mécanisme d'interaction entre WFP et la communauté (vous) pour recueillir votre point de vue pour la prise de décision ?</p>	
<p>Que diriez-vous du feedback que vous recevez du WFP à la suite de ces échanges ?</p>	
<p>Quelles sont les trois principales choses que vous auriez changées dans ce programme, si vous le pouviez ?</p>	

Questions	Réponses/citations du ou des répondants
Efficienc	
Calendriers de distribution	
Les distributions des suppléments alimentaires se sont-elles effectuées régulièrement sans rupture de stock ? Si non, quelles étaient les raisons ?	
Est-ce que les ruptures d'intrants ont négativement affecté la fréquentation des structures de santé ? Si oui, expliquez.	
Impact	
Changements survenus dans l'état nutritionnel des bénéficiaires dans les quatre provinces	
<p>Avez-vous observé un changement dans votre localité qui serait le résultat de la mise en œuvre de l'intervention du traitement de la MAM ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'état nutritionnel des femmes en âge de procréer, enceintes et allaitantes ? • Les grossesses rapprochées chez les femmes ? • Les grossesses précoces chez les adolescentes ? • Le poids de naissance des enfants ? • La prévention de la malnutrition à long terme ? 	
Impact sur les relations de genre, d'équité et d'autonomisation des femmes	
Comment le programme a-t-il aidé à l'autonomisation les femmes pour qu'elles sensibilisent les hommes, les autres femmes, les personnes âgées et les jeunes à l'importance de la nutrition familiale ?	
Expliquez comment les hommes participent aux décisions concernant l'alimentation dans le ménage, après avoir reçu des conseils et messages nutritionnels ?	

Questions	Réponses/citations du ou des répondants
Durabilité	
Qu'est-ce que vous avez changé dans la façon de manipuler ou de préparer les repas dans votre ménage ?	
Quels sont les résultats de ces actions ?	
Quelles sont les difficultés auxquelles vous avez été confronté lorsque vous avez voulu changer vos pratiques alimentaires dans le ménage ?	

Grille d'observation directe des structures de santé

L'équipe utilisera cette liste de contrôle pour observer l'environnement des structures de santé : l'adéquation de ses outils de changement du comportement social, la qualité de l'évaluation et de la classification de l'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans, la disponibilité et l'utilisation du protocole de prise en charge de la malnutrition aiguë (avec pour focus celui du traitement de la MAM), l'existence de personnel dûment formé, les suppléments alimentaires et les infrastructures adéquates, la gestion des stocks et la tenue des registres.

Guide d'observations adapté sur l'évaluation nutritionnelle, le counseling et le soutien (ENCS)

Équipement et matériaux		Oui	Non
	Le site possède au moins une balance fonctionnelle pour la mesure du poids des enfants en kg et au 100 g près.		
	Le site possède au moins une balance/pèse-personne pour adultes		
	Le site possède au moins une toise qui mesure la taille des enfants au cm près.		
	Le site dispose au moins d'une toise qui mesure les adultes.		
	Le site possède des mètres ruban pour la mesure du périmètre brachial des enfants et des adultes.		
	Le site possède des copies d'algorithmes/lignes directrices pour la prise en charge de la malnutrition aiguë chez les enfants et les FEFA.		
	Le site dispose d'au moins un ensemble de cartes de conseils nutritionnels à utiliser pour conseiller les accompagnants (mères et pères) d'enfants sur la prévention et le traitement de la malnutrition aiguë modérée		
	Le site dispose d'au moins un ensemble de cartes de conseils nutritionnels à utiliser pour conseiller les FEFA.		
	Le site dispose de formulaires de saisie de données et d'un système de compilation qui comprend des données sur le traitement de la MAM chez les enfants de moins de 5 ans et les FEFA.		
	Le site dispose d'un graphique avec des seuils de l'indice de masse corporelle (IMC).		
	Le site dispose d'un graphique avec les seuils d'indices poids/taille (P/T) en z-score correspondant aux normes OMS de croissance des enfants, année 2006.		
	Le site dispose d'ustensiles (p. ex. bols, cuillères à soupe, casseroles, cuisine) pour les démonstrations culinaires (préparation et utilisation du CSB++).		
Évaluation et classification nutritionnelles		Oui	Non
	Au moins deux prestataires de soins de santé sont formés à la prise en charge de la malnutrition aiguë chez les enfants de moins de 5 ans et les FEFA.		
	Pour tous les enfants qui arrivent sur le site pour la première fois, le poids est mesuré aux 100 g près, la taille est mesurée au cm, l'indice P/T est calculé et le périmètre brachial est mesuré au mm près.		
	L'indice poids/taille et/ou le périmètre brachial sont enregistrés sur les fiches d'enregistrement d'enfants de moins de 5 ans.		
	Pour toutes les FEFA qui arrivent sur le site pour la première fois, le poids est mesuré en kg, la taille mesurée en cm, l'indice de masse corporelle (IMC) est calculé et le périmètre brachial est mesuré.		
Plans de traitement nutritionnel		Oui	Non
	Chaque enfant MAM reçoit du PlumpySup sur la base d'un plan de traitement élaboré selon son état nutritionnel et de santé.		
	Chaque FEFA souffrant de malnutrition aiguë reçoit du CSB++ sur la base des directives élaborées dans le protocole national de prise en charge de la MAM		

	Chaque accompagnant reçoit une explication sur les critères d'entrée et de sortie de l'enfant, le but du PlumpySup ⁴⁹ et la façon de le consommer.		
	Chaque FEFA reçoit une explication sur les critères d'entrée et de sortie de l'enfant, le but du CSB++ et la façon de la préparer et la consommer.		
	Les critères d'entrée et de sortie pour les suppléments alimentaires sont affichés à un endroit facilement visible par les agents de santé, les accompagnants d'enfants de moins de 5 ans et les FEFA.		
	Tout enfant MAM reçoit suffisamment de sachets de PlumpySup qui va durer jusqu'à la prochaine visite au centre de santé, selon les directives nationales.		
	Toute FEFA admise reçoit suffisamment de CSB++ qui va durer jusqu'à la prochaine visite au centre de santé, selon les directives nationales.		
Infrastructures et commodités		Oui	Non
	Le site dispose d'assez de PlumpySup pour la prise en charge des cas MAM pour une durée d'au moins 3 mois.		
	Le site dispose d'assez de CSB++ pour la prise en charge des cas FEFA malnutries pour une durée d'au moins 3 mois.		
	Le site dispose d'un espace suffisant pour stocker le PlumpySup, CSB++ et les produits connexes.		
	L'espace disponible pour le stockage du PlumpySup, CSB++ et les produits connexes est propre et suffisamment aéré.		
Gestion des stocks et tenue des dossiers		Oui	Non
	Le responsable du centre de santé soumet un rapport mensuel régulier sur le nombre d'enfants de moins de 5 ans, de femmes enceintes et de femmes allaitantes recevant les suppléments alimentaires selon le calendrier convenu.		
	Le responsable du centre de santé soumet régulièrement une estimation des besoins d'approvisionnement en PlumpySup et CSB++ selon le calendrier convenu.		
	Le magasin du site en charge des intrants nutritionnels tient correctement les registres de stocks en PlumpySup et CSB++.		
	L'agent de santé remplit le registre de counseling pour chaque client conseillé.		
	L'agent en charge des données compile les données nutritionnelles selon le calendrier convenu (mensuel).		
	Les procédures « First to expire, first out » et la gestion des stocks sont utilisées pour le PlumpySup, CSB++ et les autres commodités.		
	Les suppléments alimentaires sont commandés au moins 3 mois à l'avance pour éviter les ruptures de stock.		

⁴⁹ Plumpy'Sup™ est un supplément nutritionnel prêt à l'emploi (RUSF) également défini comme Lipid-based Nutrient Supplement Large Quantity (LNS-LQ). Il a été conçu pour le traitement de la malnutrition aiguë modérée à partir de l'âge de 6 mois, dans le cadre de programmes de supplémentation nutritionnelle. Plumpy'Sup™ convient également aux enfants qui sortent des programmes de nutrition thérapeutique, afin de prévenir la rechute dans la malnutrition aiguë sévère (Nutriset 2018).

Annexe 9. Résultats complémentaires - Efficacité

Figure 8. Couverture géographique des SSN par province

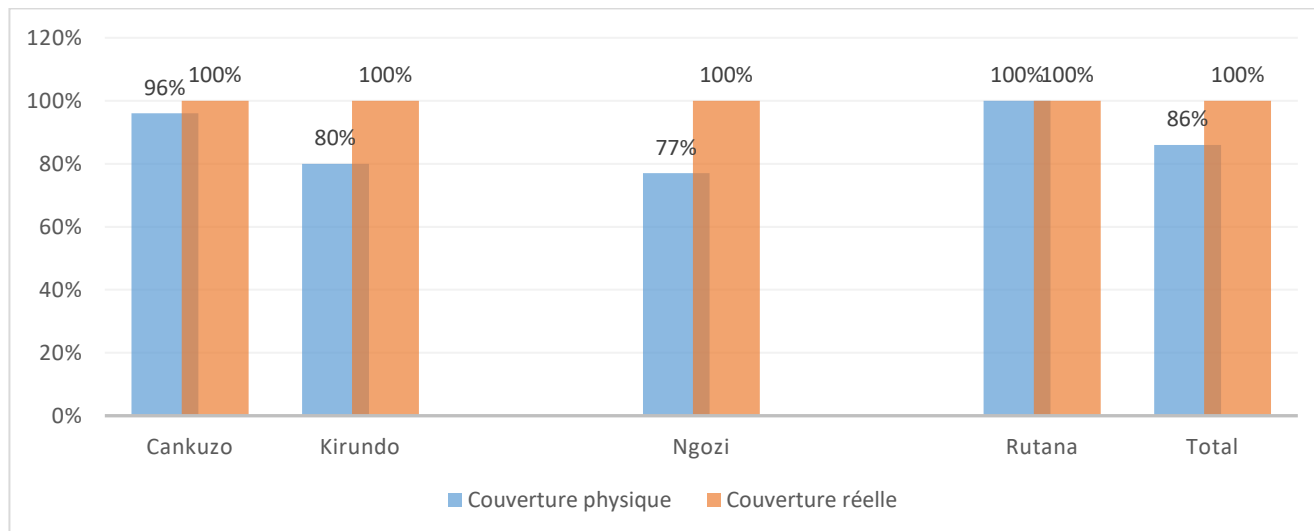


Figure 9. Couverture de traitement par province et par année pour les enfants de moins de 5 ans

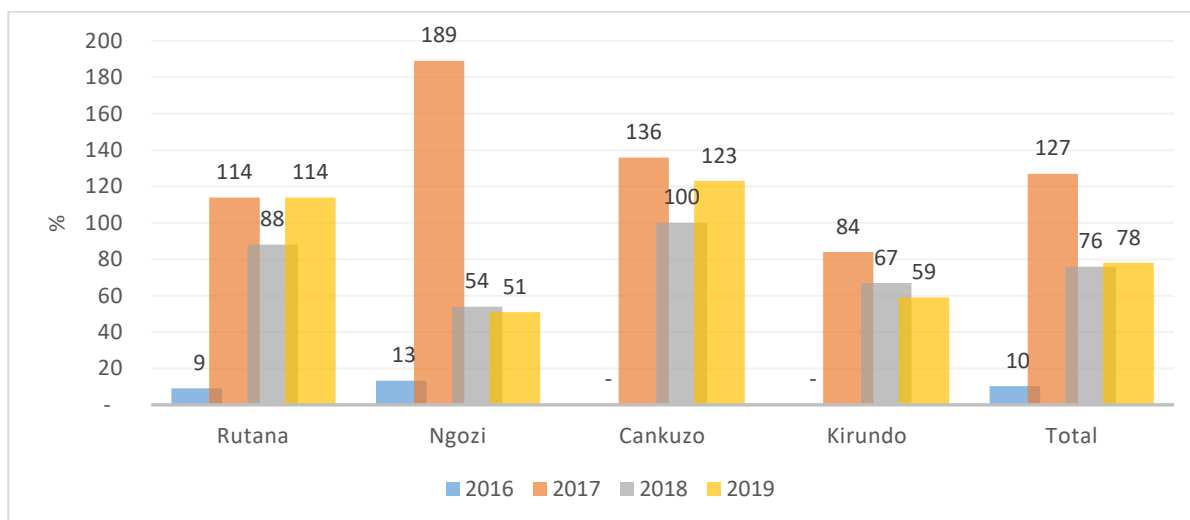


Figure 10. Couverture de traitement par province et par année pour les FEFA

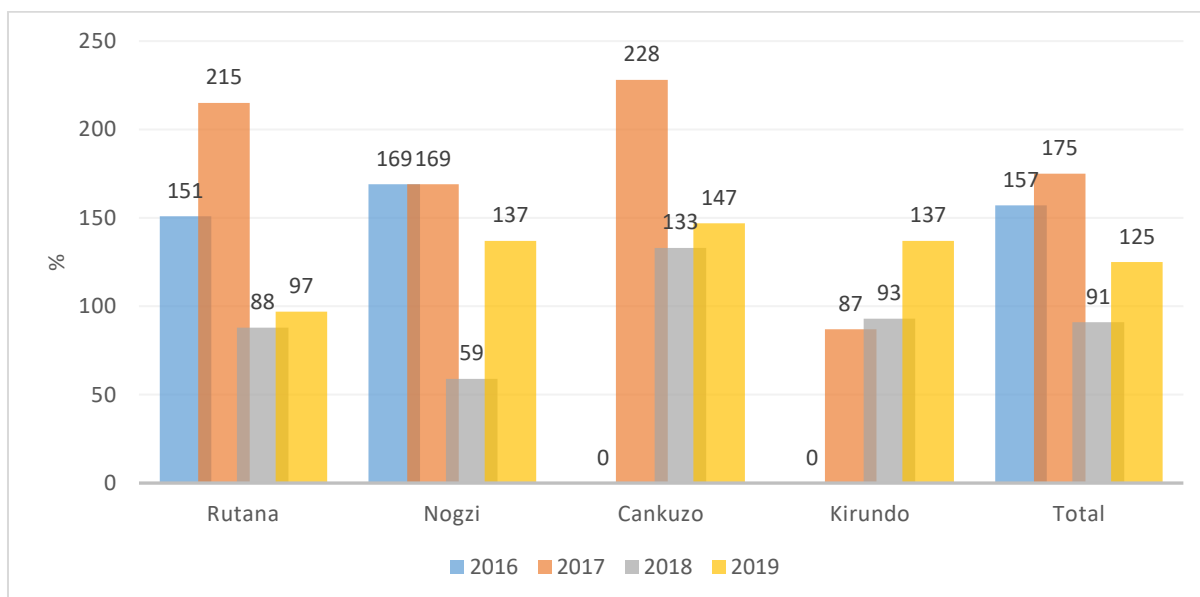
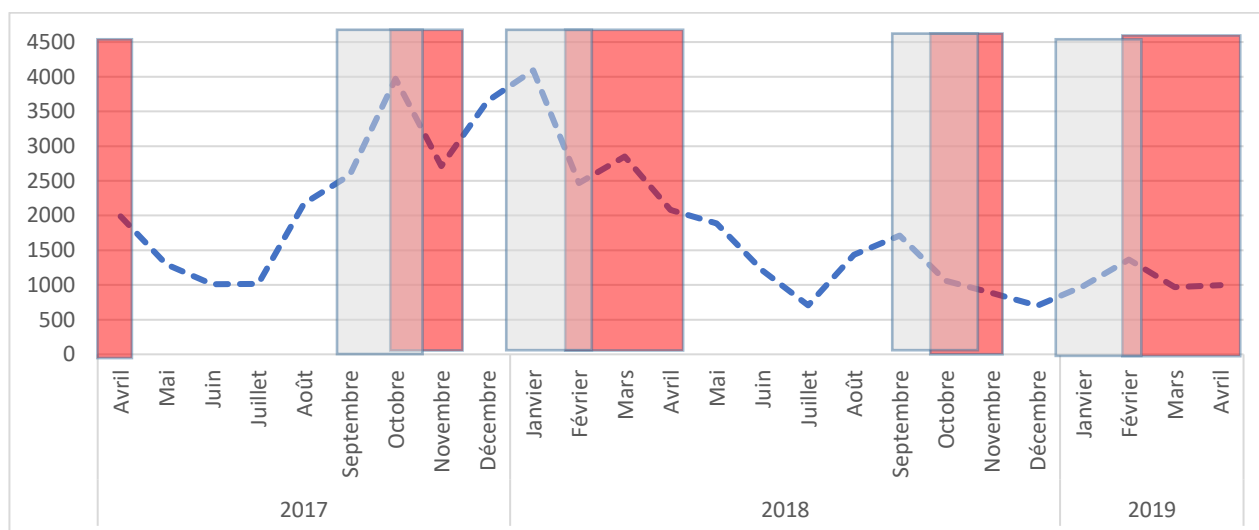


Figure 11. Évolution du nombre de cas MAM pour les moins de 5 ans pour la province de Cankuzo de 2017 à 2019



Période de maladies infantiles (IRA, paludisme, diarrhées)⁵⁰

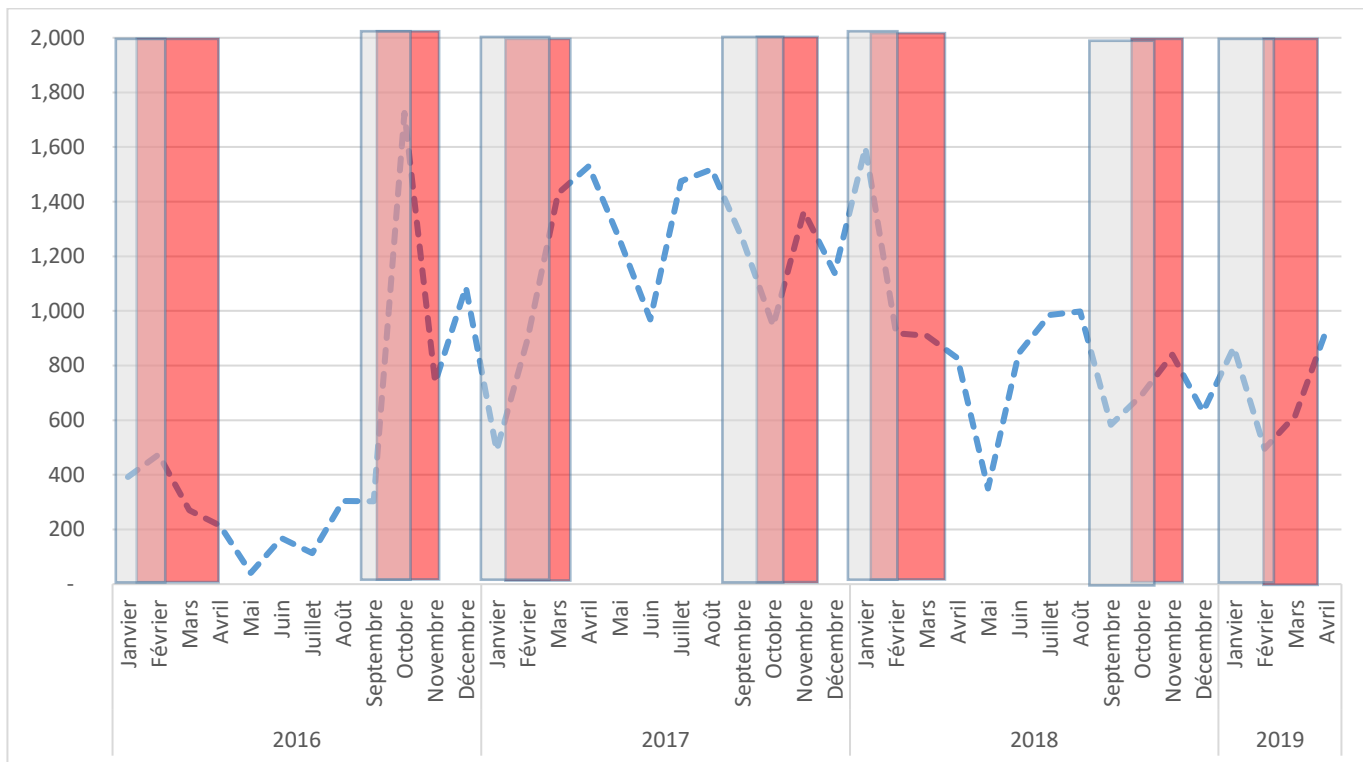
Période de soudure⁵¹



⁵⁰ The Famine Early Warning System Network (FEWS NET), Livelihoods zoning « plus » Activity in Burundi.

⁵¹ Ibid.

Figure 12. Évolution du nombre de cas MAM pour les moins de 5 ans pour la province de Ngozi de 2016 à 2019



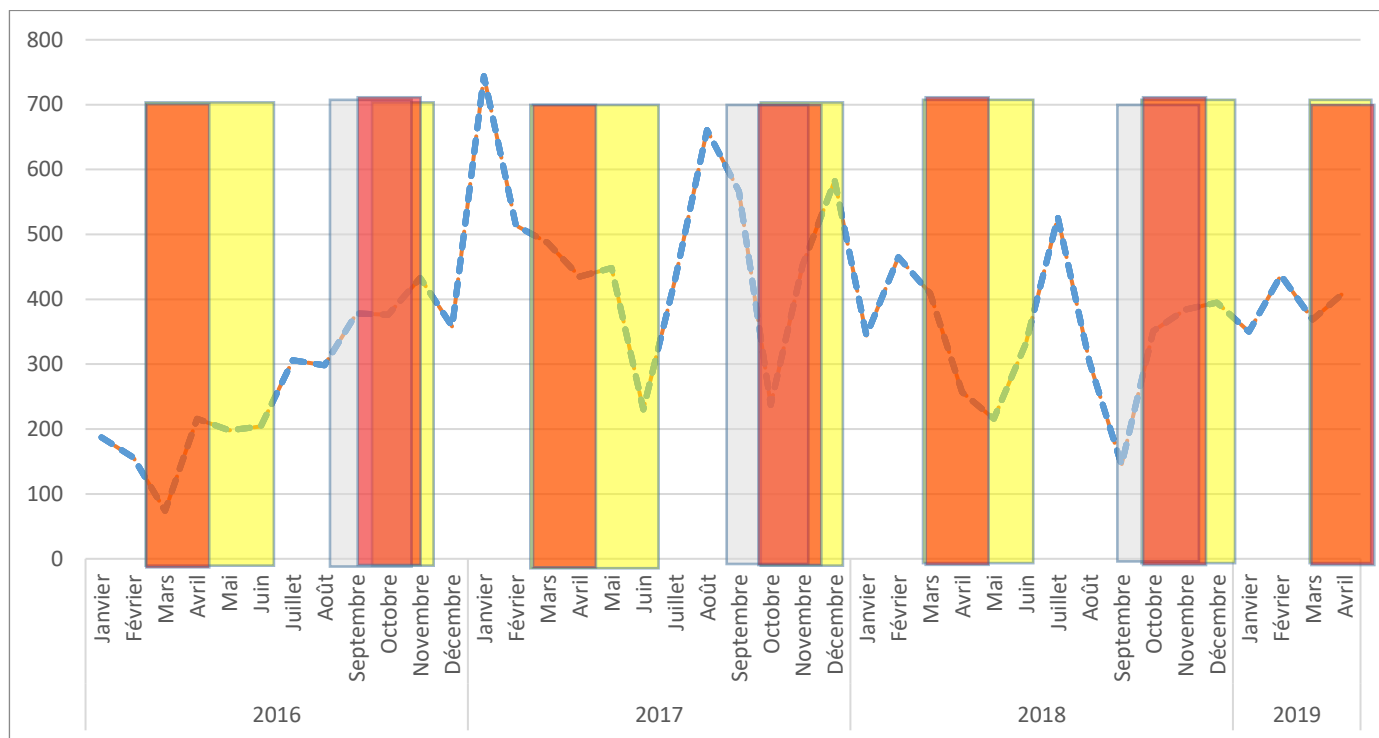
Période de maladies infantiles (IRA, paludisme, diarrhées)⁵²

Période de soudure⁵³

⁵² Ibid.

⁵³ Ibid.

Figure 13. Évolution du nombre de cas MAM pour les moins de 5 ans pour la province de Rutana de 2016 à 2019



Période de maladies infantiles (diarrhées)⁵⁴

Période de maladies infantiles (paludisme)⁵⁵

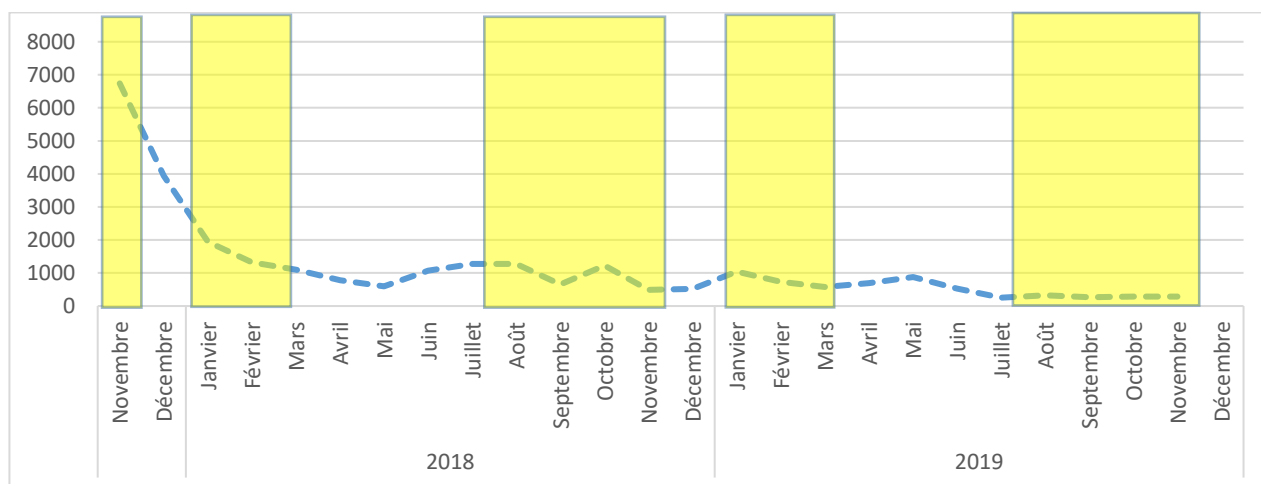
Période de soudure⁵⁶

⁵⁴ Ibid.

⁵⁵ Ibid.

⁵⁶ Ibid.

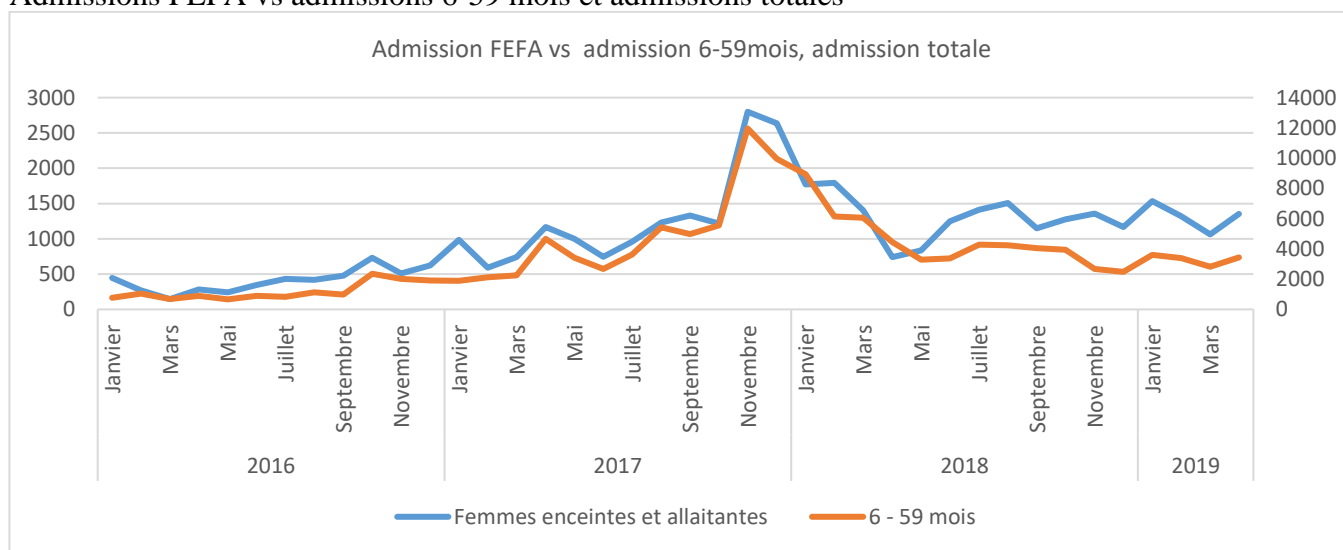
Figure 14. Évolution du nombre de cas MAM pour les moins de 5 ans pour la province de Kirundo de 2017 à 2019



Période de maladies infantiles (IRA, paludisme, diarrhées) et période de soudure⁵⁷

Figure 15. Tendances des admissions annuelles totales des FEFA et des enfants de moins de 5 ans

Admissions FEFA vs admissions 6-59 mois et admissions totales



⁵⁷ Ibid.

Figure 16. Durée de séjour avant guérison (nombre de visites hebdomadaires)

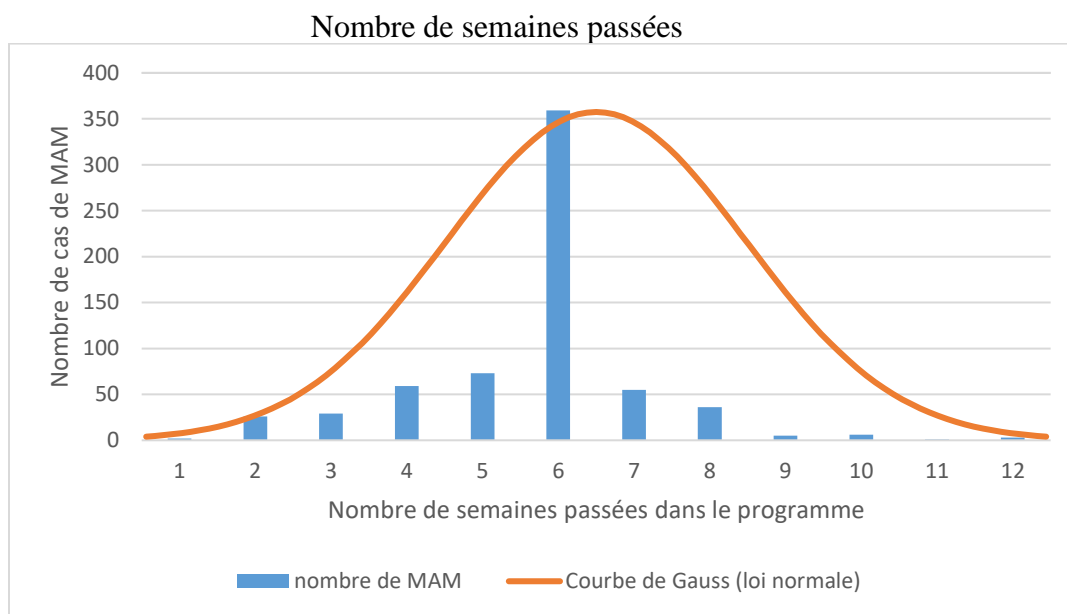


Figure 17. Quantités de PlumpySup distribuées par province et par année

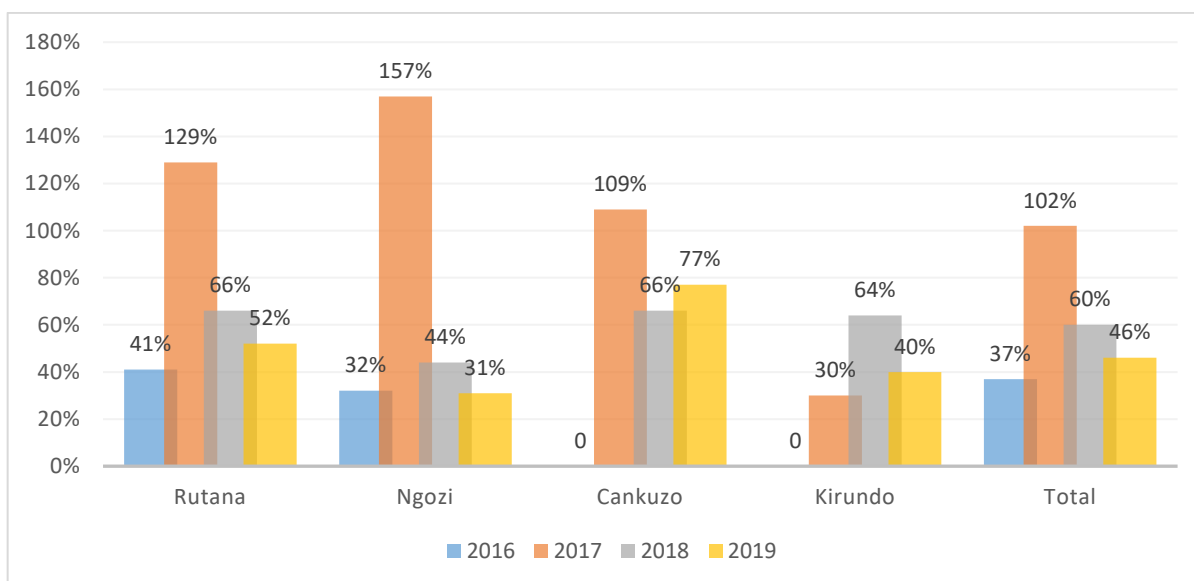


Figure 18. Quantités de CSB++ distribuées versus planifiées par province et par année

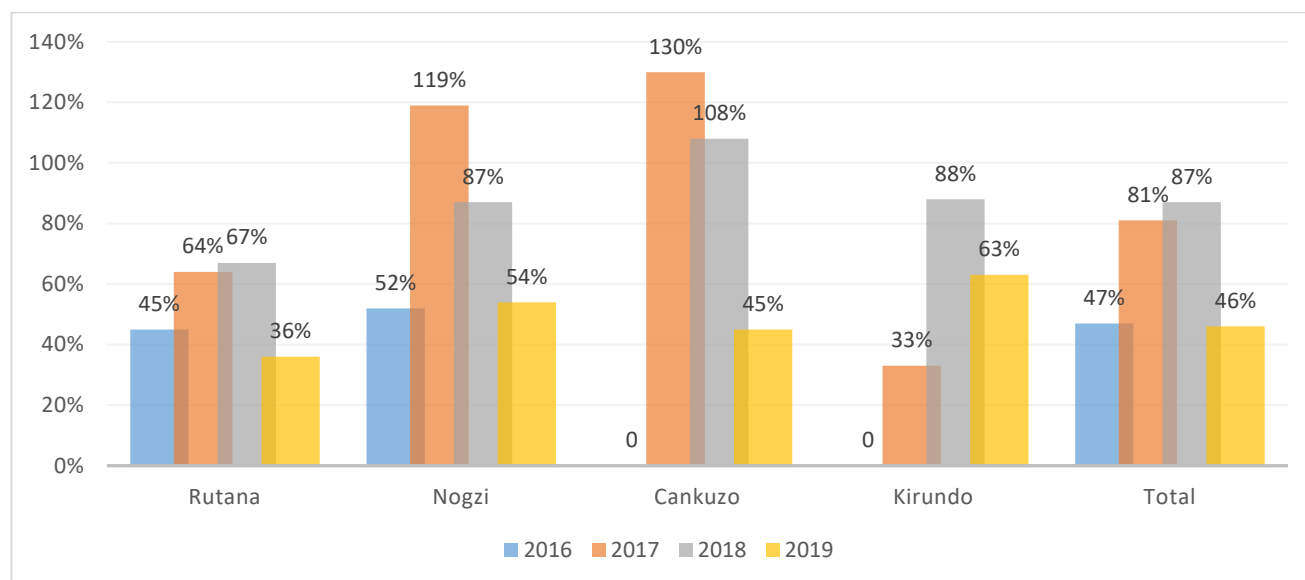


Tableau 20. Test de Chi2 pour comparer les données des bases de données et des registres

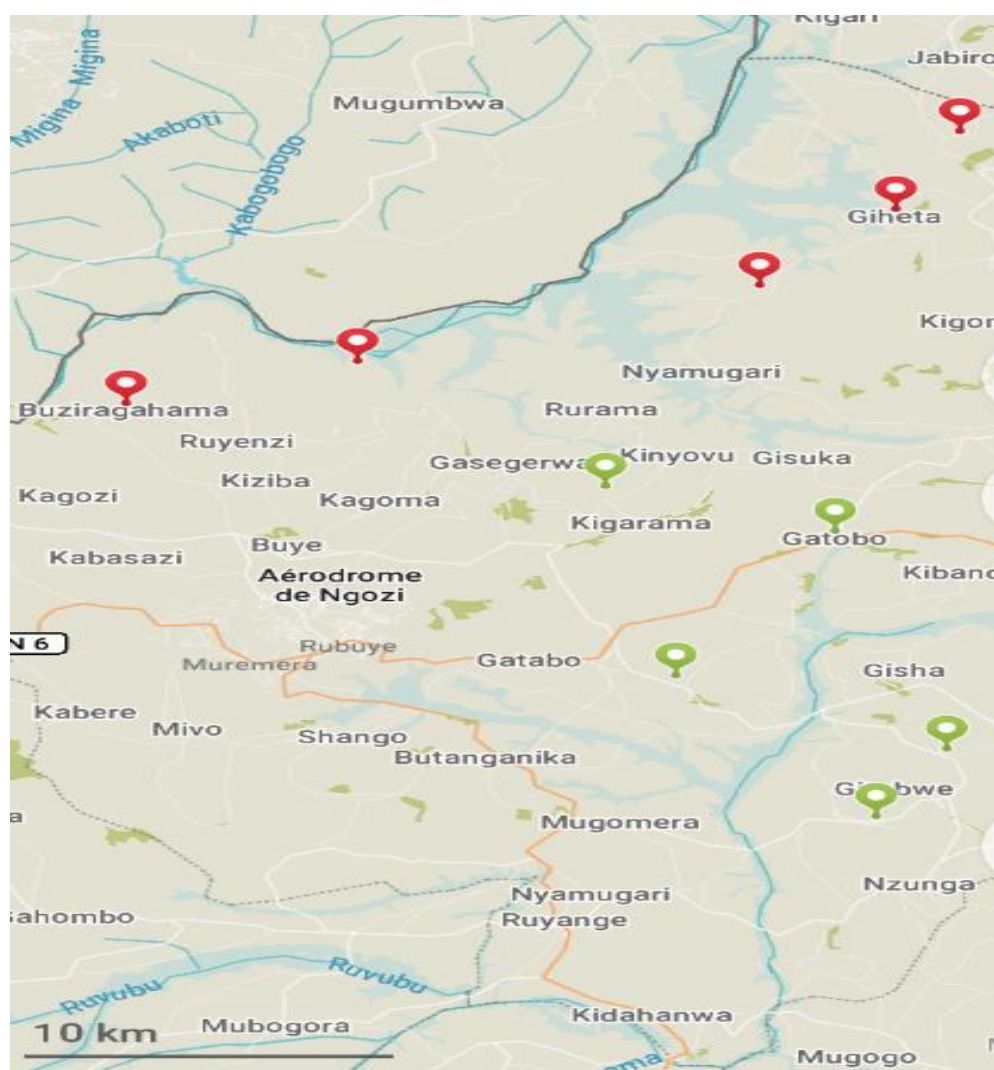
Province	CdS	Année	BDD	Registre	P value	Différence significative
Ngozi	Bisiga	2016	0	0	0.00014	Oui
		2017	0	128		
		2018	219	264		
		2019	102	61		
		Total	321	453		
Rutana	Butezi	2016	0	0	6.79E-25	Oui
		2017	292	72		
		2018	486	463		
		2019	203	233		
		Total	981	768		
Ngozi	Buziragahama	2016	83	25	7.54E-06	Oui
		2017	330	249		
		2018	308	293		
		2019	112	107		
		Total	833	674		
Ngozi	Cahi	2016	89	80	5.51E-14	Oui
		2017	640	334		
		2018	131	121		
		2019	19	59		
		Total	879	594		
Rutana	Gasakuza	2016	77	81	0.70422	Non

Province	CdS	Année	BDD	Registre	P value	Différence significative
		2017	148	130		
		2018	158	138		
		2019	37	39		
		Total	420	388		
Ngozi	Gashikanwa	2016	92	78	0.17097	Non
		2017	319	360		
		2018	283	300		
		2019	154	135		
		Total	848	873		
Ngozi	Gatobo	2016			0.94623	Non
		2017	71	74		
		2018	244	250		
		2019	96	104		
		Total	411	428		
Ngozi	Giheta	2016	110	78	0.03655	Oui
		2017	262	162		
		2018	172	127		
		2019	28	6		
		Total	572	373		
Rutana	Gitanga	2016	122	123	0.35205	Oui
		2017	128	118		
		2018	167	199		
		2019	75	91		
		Total	492	531		
Ngozi	Gitare	2016	94		0.63178	Non
		2017	151	169		
		2018	96	91		
		2019	12	11		
		Total	353	271		
Rutana	Kabanga	2016	447	575	3.32E-50	Oui
		2017	361	763		
		2018	990	700		
		2019	164	80		
		Total	1 962	2 118		
Rutana	Kiguhu	2016	73	56	0.00989	Non
		2017	121	125		
		2018	226	159		
		2019	85	102		
		Total	505	442		
Rutana	Kivoga	2016	191	326	1.18E-17	Oui

Province	CdS	Année	BDD	Registre	P value	Différence significative
		2017	223	147		
		2018	238	129		
		2019	92	96		
		Total	744	698		
Rutana	Mpinga	2016	91	5	0.22524	Non
		2017	116	164		
		2018	109	119		
		2019	14	12		
		Total	330	300		
Ngozi	Mubanga	2016			0.80838	Non
		2017	121	108		
		2018	238	232		
		2019	57	58		
		Total	416	398		
Rutana	Musongati	2016	87	74	0.51043	Non
		2017	109	100		
		2018	175	134		
		2019	63	65		
		Total	434	373		
Rutana	Ngara	2016	178	175	0.9113	Non
		2017	216	211		
		2018	217	221		
		2019	109	119		
		Total	720	726		
Ngozi	Taba1	2016	59	59	0.232698	Non
		2017	296	289		
		2018	228	284		
		2019	55	62		
		Total	638	694		
Ngozi	Nyamugari	2016	110	54	1.88E-11	Oui
		2017	447	308		
		2018	218	293		
		2019	33	51		
		Total	808	706		
Rutana	Kizanza	2016	171	ND	<0.005	Oui
		2017	376	ND		
		2018	132	ND		
		2019	81	ND		
		Total	760	0		
	Total	2016	1 826	1 708	0.439611	Non

Province	CdS	Année	BDD	Registre	P value	Différence significative
		2017	4 203	3 881		
		2018	4 745	4 379		
		2019	1 473	1 452		
		Total	12 247	11 420		

Figure 19. Carte montrant les 10 centres de la province de Ngozi sélectionnés pour la collecte des données primaires



(En rouge, les centres avec des données différentes entre les registres et les bases de données, et en vert les centres avec des données concordantes)

Annexe 10. Résultats complémentaires - Efficience

Tableau 21. Montant réel dépensé versus planifié en 2016 (en \$)

	Montant planifié (Plan du Projet)	Montant réel dépensé	% montant dépensé
PlumpySup	412 500	412 500	100
CSB++	0	0	0
Transport du PlumpySup jusqu'au Burundi	92 205	92 205	100
Transport du CSB++ jusqu'au Burundi	0	0	0
Stockage, transport et distribution des intrants dans le pays	21 558	21 558	100
Matériels/équipements/fournitures Support technique (formations, recherche, suivi, supervisions, etc.)	125 882	125 882	100
Support au projet	37 042	37 042	100
Autres	48 243	48 243	100
Total	737 430	737 430	100

Tableau 22. Montant réel dépensé versus planifié en 2017 (en \$)

	Montant planifié (Plan du Projet)	Montant réel dépensé	% montant dépensé
PlumpySup	0	0	0
CSB++	341 000	355 831	104,3
Transport du PlumpySup jusqu'au Burundi	0	0	0
Transport du CSB++ jusqu'au Burundi	141 366	147 514	104,3
Stockage, transport et distribution des intrants dans le pays	36 865	36 865	100
Matériels/équipements/fournitures Support technique (formations, recherche, suivi, supervisions, etc.)	37 861	16 882	44,5
Support au projet	139 795	139 795	100
Autres	50 559	50 559	100
Total	747 447	747 447	100

Tableau 23. Montant réel dépensé versus planifié en 2018 (en \$)

	Montant planifié (Plan du Projet)	Montant réel dépensé	% montant dépensé
PlumpySup	806 584	781 884	96,9
CSB++	88 137	101 665	115,3
Transport du PlumpySup jusqu'au Burundi	146 057	154 576	105,8
Transport du CSB++ jusqu'au Burundi	21 739	23 869	109,8
Stockage, transport et distribution des intrants dans le pays	70 887	75 922	107,1
Matériels/équipements/fournitures Support technique (formations, recherche, suivi, supervisions, etc.)	436 454	433 251	99,2
Support au projet	157 458	156 150	99,1
Autres	109 55	109 558	100
Total	1 836 873	1 836 874	100

Tableau 24. Montant réel dépensé versus planifié en 2019 (en \$)

	Montant planifié (Plan du Projet)	Montant réel dépensé	% montant dépensé
PlumpySup	1 095 153	1 059 192	96,7
CSB++	861 874	862 125	100
Transport du PlumpySup jusqu'au Burundi	109 260	115 090	105,3
Transport du CSB++ jusqu'au Burundi	246 170	252 014	102,3
Stockage, transport et distribution des intrants dans le pays	179 056	193 091	107,8
Matériels/équipements/fournitures Support technique (formations, recherche, suivi, supervisions, etc.)	606 760	616 76	101,6
Support au projet	359 096	359 096	100
Autres	169 676	169 676	100
Total	3 627 044	3 627 044	100

Annexe 11. Bibliographie

Référence Courte	Référence Complète
ACF et al 2019	<i>Joint Statement 2019. Make the Global Action Plan on Wasting about Action.</i> ACF, ALIMIA, AMREF, CIFF, Concern, ECF, et al. 2019.
Atun et al 2009a	<i>Integration of targeted health interventions into health systems: a conceptual framework for analysis.</i> Rifat Atun, Thyra de Jongh, Federica Secci, Kelechi Ohiri and Olusoji Adeyi. September 2009.
Atun et al 2009b	<i>A systematic review of the evidence on integration of targeted health interventions into health systems.</i> Rifat Atun, Thyra de Jongh, Federica Secci, Kelechi Ohiri and Olusoji Adeyi. September 2009.
Chen HT 2012	<i>Theory-driven evaluation: Conceptual framework, application and advancement.</i> In: R. Strobl et al. (Ed.), editor. <i>Evaluation von Programmen und Projekten für eine demokratische Kultur.</i> 2012. p. 17–8.
Concern Worldwide 2019	<i>Analyse des barrières et des opportunités pour l'égalité des genres dans les provinces de Bubanza et Kirundo.</i> Rapport définitif, janvier 2019.
EDS 2016/2017	<i>Troisième Enquête Démographique et de Santé au Burundi (EDSB-III). Indicateurs Clés 2016-2017.</i> Institut de Statistiques et d'Études Économiques du Burundi (ISTEEBU), mai 2017.
FAO et al 2018	<i>L'État de la sécurité alimentaire et de la nutrition dans le monde 2018. Renforcer la résilience face aux changements climatiques pour la sécurité alimentaire et la nutrition.</i> FAO, FIDA, OMS, PAM et UNICEF, Rome : FAO, 2018. http://www.fao.org/3/i9553fr/i9553fr.pdf
ISTEEBU 2018	<i>Enquête Nationale sur la Situation Nutritionnelle et la Mortalité basée sur la méthodologie SMART. Rapport principal,</i> ISTEEBU, février 2018.
ISTEEBU 2019	<i>Enquête nationale sur la situation nutritionnelle et la sécurité alimentaire au Burundi,</i> JANFSA, ISTEEBU, janvier 2019.
Marchal et al 2012	<i>Is realist evaluation keeping its promise? A review of published empirical studies in the field of health systems research.</i> Bruno Marchal, Sara van Belle, Josefien van Olmen, Tom Hoérée and Guy Kegels, <i>Evaluation</i> (22 April 2012) 18:2, pp 192-212. https://doi.org/10.1177%2F1356389012442444
Mason 2010	<i>Sample Size and Saturation in PhD Studies Using Qualitative Interviews.</i> Mark Mason, <i>Forum: Qualitative Social Research</i> (2010) 11:3. http://dx.doi.org/10.17169/fqs-11.3.1428
MINAGRIE 2011	<i>Plan National d'Investissement Agricole (PNIA),</i> Bujumbura : MINAGRIE, Juin 2011. http://www.fao.org/3/a-az475f.pdf
MSP 2013	<i>Étude sur les grossesses en milieu scolaire.</i> Ministère de la Santé Publique avec l'appui de l'UNFPA, Novembre 2013.
Myatt et al 2012	<i>Référence technique sur l'évaluation semi-quantitative de l'accessibilité et de la couverture (SQUEAC) / L'évaluation LQAS simplifiée de l'accessibilité et de la couverture (SLEAC).</i> Myatt, Mark et al. Washington, DC : FHI 360/FANTA. 2012.
Nutriset 2018	<i>Malnutrition aigüe modérée (traitement) – plumpysup,</i> Nutriset, 2018. https://www.nutriset.fr/products/fr/plumpy-sup

Référence Courte	Référence Complète
OCDE/CAD 2019	<i>Des meilleurs critères pour des meilleures évaluations. Définitions adaptées et principes d'utilisation. Réseau du CAD de l'OCDE sur l'évaluation du développement (EvalNet). Available from :</i> www.oecd.org/dac/evaluation
OECD 2018	<i>Development Finance Data – Aid at a glance charts, OECD, December 2018.</i> https://public.tableau.com/views/OECDDACaidataglacebyrecipient_new/Recipients?:embed=y&:display_count=yes&:showTabs=y&:toolbar=no?&:showVizHome=no
Palinkas et al 2015	<i>Purposeful sampling for qualitative data collection and analysis in mixed method implementation research.</i> Lawrence A Palinkas, Sarah M Horwitz, Carla A Green, Jennifer P Wisdom, Naihua Duan and Kimberly Hoagwood, <i>Adm Policy Ment Health</i> (2015) 42:5, pp 533-544. https://dx.doi.org/10.1007%2Fs10488-013-0528-y
PAM 2015	<i>Politique en matière de problématique hommes-femmes. 2015-2020.</i> PAM, Juillet 2015.
PAM 2016	<i>Rapport annuel de programmes sur la nutrition 2016. Traitement de la malnutrition aiguë modérée,</i> janvier 2017, p 5.
PAM 2017	<i>Rapport annuel de programmes nutrition 2017. Traitement de la malnutrition aiguë modérée,</i> janvier 2018, p 7.
PAM 2018a	<i>Aide aux réfugiés et aux populations vulnérables en situation d'insécurité alimentaire, Rapport de projet standard 2018,</i> Burundi : PAM, 2018, pp 15-16.
PAM 2018b	<i>Rapport annuel de programmes sur la nutrition 2018. Traitement de la malnutrition aiguë modérée,</i> janvier 2019, p 7.
PAM 2019	<i>Rapport semestriel janvier-juin 2019. Programme de prise en charge de la malnutrition aiguë modérée au Burundi,</i> juillet 2019, p 10.
PNUD 2016	<i>Rapport sur le développement humain 2016. Programme des Nations Unies pour le Développement,</i> disponible : http://hdr.undp.org/sites/default/files/HDR2016_FR_Overview_Web.pdf
PRONIANUT 2016	<i>Rapport de dépistages de masse de la malnutrition aiguë dans six provinces prioritaires.</i> Décembre 2016.
PRONIANUT 2019	<i>Protocole national de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë (PCIMA),</i> Ministère de la santé publique et de la lutte contre le SIDA (PRONIANUT), avril 2019.
Rogers PJ 2008	<i>Using programme theory to evaluate complicated and complex aspects of interventions.</i> <i>Evaluation.</i> 2008;14(1):29–48.
Tongco 2007	<i>Purposive Sampling as a Tool for Informant Selection.</i> Ma. Dolores C. Tongco, <i>Ethnobotany Research and Applications</i> (2007) 5, pp 147-158.
UNDP 2011	<i>Vision Burundi 2025,</i> UNDP, June 2011. https://www.bi.undp.org/content/dam/burundi/docs/publications/UNDP-bi-vision-burundi-2025_complete_EN.pdf
UNDP 2019	<i>Rapport sur le développement humain,</i> UNDP, 2019. http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2019_overview_-_french.pdf

Référence Courte	Référence Complète
UNEG 2014	<i>Integrating human rights and gender equality in evaluation.</i> 2014. p 168.
UNHCR 2019	<i>Situation du Burundi.</i> https://www.unhcr.org/fr/situation-au-burundi.html
UNICEF 2013	<i>Analyse de la malnutrition des enfants.</i> 2013.
USAID 2017a	<i>Burundi Gender Analysis, Rapport final,</i> USAID, 2017. https://banyanglobal.com/wp-content/uploads/2017/07/USAID-Burundi-Gender-Analysis-Final-Report-2017.pdf
USAID 2017b	<i>Collaborating, Learning, and Adapting (CLA) – An analysis of what CLA looks like in development programming,</i> USAID, 2017. https://www.globalcommunities.org/publications/2017-USAID-CLA.pdf
Vogel I 2012	<i>Review of the use of ‘Theory of Change ’ in international development.</i> UK Dep Int Dev. 2012;(April).
Westhorp 2014	<i>Realist impact evaluation: an introduction.</i> Gill Westhorp, London: Overseas Development Institute, September 2014. http://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/9138.pdf
WFP 2019a	<i>Terms of Reference: Final evaluation of Treatment of Moderate Acute Malnutrition intervention in Ngozi, Kirundo, Cankuzo and Rutana from 2016 to 2019.</i> Burundi : WFP, 2019.
WFP 2019b	<i>Project Log Frame (version 3.0),</i> WFP, 2019.
WFP 2019c	<i>Restitution des résultats et recommandations dans le cadre de l’analyse Fill the Nutrient Gap.</i> Bujumbura, 6 juin 2019. https://fscluster.org/sites/default/files/documents/burundi_fng_dissemination_presentation_burundi_final.pdf
WHO et al 2019	<i>Simplified approaches for the treatment of child wasting. An executive briefing from a technical consultation between the World Health Organization, the Office of the United Nations High Commissioner for Refugees, the United Nations Children’s Fund and the World Food Programme,</i> Geneva 26–27 March 2019.

LISTE DES ACRONYMES

ANJE	Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
ASC	Agents de santé communautaires
BDS	Bureau du district sanitaire
BPS	Bureau de la province sanitaire
CAMEBU	Centrale d'achat des médicaments du Burundi
CdS	Centre de santé
COSA	Comité de santé
CPN	Consultation pré-natale
CSB++	Corn-soy blend "plus-plus"
DEC	Déficiência énergétique chronique
DEQAS	Decentralized Evaluation Quality Assurance System
EDS	Enquête démographique et de santé
ENCS	Evaluation nutritionnelle du counseling et du soutien
FAO	Food and Agriculture Organization
FARN	Foyers d'alimentation et de récupération nutritionnelle
FEFA	Femme enceinte et femme allaitante
FFP	Food for Peace
FGD	Focus group discussion
FIDA	Fonds international de développement agricole
FNUD	Fonds des Nations Unies pour la démocratie
IDH	Indice de développement humain
IMC	Indice de masse corporelle
IRA	Infection respiratoire aiguë
LNS-LQ	Lipid-based Nutrient Supplement Large Quantity
LQAS	Lot Qualitative Assurance Sample
MAG	Malnutrition aiguë globale
MAM	Malnutrition aiguë modérée
MAS	Malnutrition aiguë sévère
MINAGRIE	Ministère de l'Agriculture et de l'Élevage
MoU	Memorandum of Understanding
MUAC	Mid Upper Arm Circumference
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Economique

ODD	Objectif de développement durable
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisations non-gouvernementales
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PB	Périmètre brachial
PCIMA	Prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PF	Planification familiale
PRONIANUT	Programme National Intégré d'Alimentation et de Nutrition
P/T	Poids/taille
RUSF	Ready-to-use supplementary foods/ supplément nutritionnel prêt à l'emploi
SBCC	Social and behaviour change communication/ Communication et mobilisation sociale pour un changement de comportement
SLEAC	Simplified Lot Quality Assurance Sampling Evaluation of Access and Coverage
SQUEAC	Semi-Quantitative Evaluation of Access and Coverage
SSN	Service de Supplémentation Nutritionnelle
SST	Service de Stabilisation
STA	Service de Thérapeutique Ambulatoire
SUN	Scale Up Nutrition
UNDP	United Nations Development Programme
UNEG	United Nations Evaluation Group
UNICEF	United Nations Children's Fund
USAID	Agence des États-Unis pour le Développement International/ United States Agency for International Development
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
WFP	World Food Programme

[Bureau de Pays du PAM au Burundi]
[Site web]



Programme Alimentaire Mondial