



**Malnutrition aigüe chez les enfants de moins de cinq ans, les
femmes enceintes et allaitantes dans la région du Nord au
Burkina Faso :**

**Evaluation de l'effet de l'implémentation de la stratégie
WASH-NUT**

MEMOIRE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME DE MASTER
SPECIALISE 2iE

SPECIALITE : WASH HUMANITAIRE

Présenté et soutenu publiquement le 14 / 07 / 2025 par

OUEDRAOGO Boureima (N°2023 0426)

Travaux dirigés par :

- **Encadrant 2iE :** Dr Seyram K. SOSSOU, Enseignant-Chercheur à 2iE et Responsable du Master WASH Humanitaire
- **Encadrant externe, Maître de stage :** Mme Elsa Roxane OUEDRAOGO, Coordinatrice WASH à APADE Burkina Faso

Structure d'accueil du stage : All for Peace And Dignity (APADE) Burkina Faso

Jury d'évaluation du mémoire :

Président : Dr Tazen FOWE

**Membres et correcteurs :
Dr Joseph WETHE**

Promotion 2023-2024

DEDICACE

*Je dédie ce mémoire à ma famille
pour les innombrables sacrifices
consentis et le soutien inconditionnel*

REMERCIEMENTS

*Nous exprimons notre profonde gratitude au **Ministère de l'Environnement, de l'Eau et de l'Assainissement (MEEA)**, à travers le **Programme d'Approvisionnement en Eau et d'Assainissement (PAEA)**, pour l'opportunité offerte grâce à la bourse de spécialisation.*

*Nos remerciements vont également à l'**Institut 2iE**, et en particulier au corps professoral, pour la qualité des enseignements dispensés ainsi que pour la facilitation du programme de Master Spécialisé en WASH Humanitaire.*

*Nous exprimons toute notre reconnaissance Au **Dr Seyram K. SOSSOU**, Enseignant chercheur à l'institut 2iE, Responsable de la formation WASH Humanitaire, pour sa disponibilité constante, son encadrement rigoureux, ainsi que ses conseils avisés et critiques constructives.*

*Nos vifs remerciements s'adressent à **Monsieur Lamine DIALLO**, Directeur Pays de l'Organisation Non Gouvernementale **All For Peace And Dignity (ONG APADE)**, pour son accueil chaleureux et les excellentes conditions de stage offertes au sein de sa structure.*

*Nos pensées reconnaissantes vont à **Madame Elsa Roxane OUEDRAOGO**, Coordinatrice WASH pour son implication exemplaire, ses conseils pertinents et son dévouement inlassable tout au long de notre parcours.*

*Nous saluons l'ensemble du **Personnel de l'ONG APADE** pour leur accompagnement précieux, leur soutien constant et leurs multiples contributions au succès de ce travail.*

*A la promotion 2023-2024 de Master Spécialisé en WASH Humanitaire, nous adressons **nos remerciements** pour l'excellente ambiance de travail, les échanges enrichissantes, l'entraide et les encouragements partagés.*

RESUME

Le Nord est l'une des régions les plus touchées par la crise humanitaire qui sévit au Burkina Faso depuis près d'une décennie. En effet, selon le Humanitarian Needs Overview (HNO) de 2022, on y recensait plus de 13,5% des personnes dans le besoin, et plus de 250 000 personnes déplacées internes au 31 janvier 2023 selon l'Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA). Dans ce contexte, la région est confrontée à d'importants défis dans des secteurs clés tels la santé, la nutrition et la WASH. Les populations, vivant dans de conditions de précarité, sont particulièrement exposées à la malnutrition, notamment les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes et allaitantes. Face à cette situation l'ONG APADE et son partenaire GRAD-A ont mis en œuvre le "Projet de réponse à l'urgence nutritionnelle dans les zones à accès difficile dans la région du Nord" dans les communes de Gourcy, Thiou, Titao et Yako afin de réduire la mortalité infantile liée à la malnutrition. Notre étude avait pour objectif d'évaluer l'effet de l'implémentation de la stratégie WASH-Nut sur les bénéficiaires. Pour ce faire, une analyse comparative a été réalisée entre une situation de référence (en 2023, avant intervention) et une situation finale (en 2024, après intervention) à travers deux enquêtes CAP (Connaissances, Attitudes et Pratiques). Ces enquêtes ont permis d'apprécier l'évolution des connaissances, des attitudes et des pratiques des bénéficiaires en WASH et en nutrition. L'analyse s'est appuyée également sur l'évolution de la prévalence à la malnutrition aigue de 2022 à 2024. Les résultats de l'étude font état d'une amélioration significative des indicateurs liés à l'EHA et à la nutrition, avec des taux de progression variant de 0 % à 31,53 % par rapport à la situation de départ. Ces données témoignent des acquis engendrés par la mise en œuvre de la stratégie WASH-Nut dans les communes ciblées. Toutefois, pour garantir un changement de comportement durable, l'étude recommande la pérennisation des acquis, l'ancrage des effets de l'intervention dans le temps, ainsi que la mise en place d'un système de suivi régulier en collaboration avec les autorités locales et les services techniques déconcentrés en charge de la santé, de la nutrition, de l'eau et de l'action humanitaire. En outre, il est suggéré que les projets futurs intègrent davantage les secteurs dits « sensibles à la nutrition », tels que la santé, l'éducation, la protection sociale, la sécurité alimentaire et la WASH, afin de mieux répondre aux crises nutritionnelles dans des contextes humanitaires complexes.

Mots clés : CAP ; Humanitaire ; Nutrition ; WASH ; Stratégie

ABSTRACT

The North is one of the regions most affected by the humanitarian crisis that has been raging in Burkina Faso for nearly a decade. According to the 2022 Humanitarian Needs Overview (HNO), more than 13.5% of people in need were recorded in this area, and as of January 31, 2023, over 250,000 internally displaced persons were registered, according to the Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA). In this context, the region faces significant challenges in key sectors such as health, nutrition, and WASH (Water, Sanitation, and Hygiene). The populations, living in precarious conditions, are particularly vulnerable to malnutrition, especially children under the age of five and pregnant and breastfeeding women. In response to this situation, the NGO APADE and its partner GRAD-A have implemented the "Emergency Nutritional Response Project in Hard-to-Access Areas in the Northern Region" in the communes of Gourcy, Thiou, Titao, and Yako, aiming to reduce infant mortality linked to malnutrition. Our study aimed to assess the impact of the implementation of the WASH-Nut strategy on beneficiaries. To achieve this, a comparative analysis was conducted between a baseline situation (in 2023, before the intervention) and a final situation (in 2024, after the intervention) through two CAP (Knowledge, Attitudes, and Practices) surveys. These surveys helped evaluate the evolution of beneficiaries' knowledge, attitudes, and practices in WASH and nutrition. The analysis also focused on the prevalence of acute malnutrition from 2022 to 2024. The study results indicate a significant improvement in WASH and nutrition-related indicators, with progression rates ranging from 0% to 31.53% compared to the initial situation. These findings demonstrate the achievements generated by the implementation of the WASH-Nut strategy in the targeted communes. However, to ensure sustainable behavioral change, the study recommends the perpetuation of these gains, anchoring the effects of the intervention over time, and establishing a regular monitoring system in collaboration with local authorities and decentralized technical services responsible for health, nutrition, water, and humanitarian action. Furthermore, it is suggested that future projects increasingly integrate sectors considered "nutrition-sensitive," such as health, education, social protection, food security, and WASH, to better address nutritional crises in complex humanitarian contexts.

Keywords : KAP ; Humanitarian ; Nutrition ; WASH ; Strategy

TABLE DES MATIERES

DEDICACE.....	i
REMERCIEMENTS	ii
RESUME.....	iii
ABSTRACT	iv
TABLE DES MATIERES	v
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS	vii
LISTE DES TABLEAUX.....	ix
LISTE DES FIGURE	x
INTRODUCTION.....	1
I. CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE.....	1
I.1. Objectifs de l'étude.....	2
I.2. Structure du rapport	3
II. PRESENTATION DE LA STRUCTURE D'ACCUEIL ET DU PROJET.....	4
II.1. Présentation de l'ONG All for Peace And Dignity (APADE)	4
II.2. Présentation du projet.....	6
II.3. Présentation de la zone du projet.....	7
III. REVUE DOCUMENTAIRE OU BIBLIOGRAPHIQUE	9
III.2. Liens entre la malnutrition et les conditions WASH	10
III.3. Approches internationales et cadre stratégique pour WASH et Nutrition.....	13
IV. METHODOLOGIE DE L'ETUDE.....	17
IV.1. La revue documentaire.....	17
IV.2. La collecte de données à travers une enquête CAP end line	17
IV.3. Organisation de la collecte des données	19
IV.4. Traitement et analyse des données.....	19
IV.5. Le matériel utilisé	20
V. RESULTATS – DISCUSSIONS	21
V.1. L'apport du projet face à la situation de malnutrition.....	21

V.2. Evaluation de l'intégration des approches et pratiques d'hygiène, d'assainissement et nutritionnelles des bénéficiaires après l'intervention.....	27
V.3. Analyse des mécanismes de mise en œuvre pour identifier les bonnes pratiques et les domaines d'amélioration.....	32
V.4. Proposer une solution concrète et pertinente pour pérenniser l'impact du projet sur les communautés ciblées.....	33
CONCLUSION	44
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	46
ANNEXES	xi
Annexe 1 : Questionnaire WASH	xi
Annexe 2 : Questionnaire ANJE	xiii
Annexe 3 : Questionnaire au niveau des structures sanitaires	xvi
Annexe 4 : Guide d'entretien des ASBC	xviii
Annexe 5 : Guide de focus group de femmes	xx
Annexe 6 : Guide d'entretien adressé à la Direction Régionale de l'eau et de l'Assainissement	xxiii
Annexe 7 : Guide d'entretien des leaders communautaire.....	xxv

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

2iE	: Institut International d'Ingénierie de l'Eau et de l'Environnement
ACF	: Action Contre la Faim
AEPS	: Adduction d'Eau Potable Simplifiée
ANJE	: Alimentation du Nourrisson et Jeune Enfant
APADE	: All for Peace And Dignity
ASBC	: Agent de Santé à Base Communautaire
ATPE/PPN	: Aliments Thérapeutiques Prêts à l'Emploi/Plumpy Nut
CAP	: Connaissance Attitude Pratique
CAV/Q	: Comité d'Assainissement Villageois ou de Quartier
CM	: Centre Médical
CMA	: Centre Médical avec Antenne Chirurgicale
COGES	: Comité de Gestion
CSPS	: Centre de Santé et de Promotion Sociale
DEE	: Dysfonctionnement Entérique Environnementale
DLM	: Dispositif de Lave Mains
DREA	: Direction Régionale de l'Eau et de l'Assainissement
EHA	: Eau, Hygiène et Assainissement
FEFA	: Femmes Enceintes Femmes Allaitantes
FFOM	: Forces Faiblesses Opportunités et Menaces
FHRAOC	: Fonds Humanitaire Régional pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre
GASPA	: Groupe d'Apprentissage et de Soutien aux Pratiques ANJE
GRAD-A	: Groupe de Réflexion et d'Action pour le Développement en Afrique
HNO	: Humanitarian Needs Overview
ICP	: Infirmier Chef de Poste
IP	: Insuffisance Pondérale
IPC	: Integrated Food Security Phase Classification
INSD	: Institut National de la Statistique et de la Démographie
MEEA	: Ministère de l'Environnement, de l'Eau et de l'Assainissement
MAG	: Malnutrition Aigüe Globale
MAM	: Malnutrition Aigüe Modérée
MA	: Malnutrition Aigüe
MC	: Malnutrition Chronique

MAS	: Malnutrition Aigüe Sévère
MUAC	: Mid-Upper Arm Circumference
OCHA	: Office for the Coordination of Humanitarian Affairs
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
PAEA	: Programme d'Approvisionnement en Eau et d'Assainissement
PB	: Périmètre Brachial
PDI	: Personne Déplacée Interne
PDS	: Président(e) de la Délégation Spéciale
PCIMA	: Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aigue
PEA	: Poste d'Eau Autonome
PTF	: Partenaire Technique et Financier
SMART	: Specific, Measurable, Achievable, Relevant and Time-bound
SP/CONASUR	: Secrétariat Permanent du Conseil National du Secours d'Urgence et de Réhabilitation
UNICEF	: Organisation des Nations Unies pour l'Enfance
WASH	: Water, Sanitation and Hygiene
ZD	: Zone de Dénombrement

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Zones d'intervention du projet par commune	8
Tableau 2: Taille de l'échantillon de la collecte qualitative	17
Tableau 3: Répartition de la taille de l'échantillon par commune cible.....	18
Tableau 4: Etat d'avancement des indicateurs.....	27
Tableau 5 : Échelle de classification en santé publique selon l'OMS, 2006 de la prévalence des différents types de malnutrition.....	28
Tableau 6 : Seuils de classification de l'état nutritionnel des enfants de 0 à 59 mois selon l'OMS	29
Tableau 7 : Prévalences de la malnutrition aiguë, chronique et de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de cinq ans (référence OMS de 2006) au niveau provincial (pour 2022)	29
Tableau 8 : Prévalences de la malnutrition aiguë, chronique et de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de cinq ans (référence OMS de 2006) au niveau provincial (pour 2024)	30
Tableau 9 : Analyse des Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces de la situation	33
Tableau 10 : Plan d'action détaillé pour la solution prioritaire (12 mois)	39

LISTE DES FIGURE

Figure 1 : Régions d'intervention de l'ONG APADE au Burkina Faso	5
Figure 2 : Localisation de la zone d'étude (auteur OUEDRAOGO Boureima).....	8
Figure 3 : Liens entre la malnutrition et les conditions WASH (source ACF)	11
Figure 4 : Impact de la WASH sur la morbidité diarrhéique	11
Figure 5 : Le digramme F de contrôle des infections (source : Perez at al. (2012), adapté de Wagner and Langlois (1958))	12
Figure 6 : Interactions dans la stratégie intégrée.....	12
Figure 7 : Dotation des kits WASH aux couples mère-enfants malnutris au CSPS urbain de Gourcy en juin 2023.....	22
Figure 8 : Latrines après et avant intervention au CSPS de Petit Samba, commune de Yako (juin 2023).....	23
Figure 9 : Forage réhabilité au CSPS urbain de Gourcy (mai 2023)	23
Figure 10 : Incinérateur après et avant intervention au CSPS de Tindila, commune de Yako	24
Figure 11 : Puits traditionnel réhabilite à Gourcy	25
Figure 12 : Forage réhabilité au secteur 6 du village de Namssigui, commune de Yako	25
Figure 13 : Kits cuisine pour les démonstrations culinaires dans le dépôt de la Fédération Nationale des Groupements Naam à Yako	26
Figure 14 : Un groupe de GASPA à Yako	26

INTRODUCTION

I. CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE

Le Burkina Faso est confronté depuis près d'une décennie à une crise sécuritaire majeure, entraînant une détérioration progressive de la situation humanitaire. Cette crise a engendré de lourdes pertes en vies humaines ainsi que des déplacements massifs de populations. Selon le dernier rapport officiel du Secrétariat Permanent du Conseil National du Secours d'Urgence et de Réhabilitation (SP/CONASUR) daté du 31 mars 2023, le nombre total de Personnes Déplacées Internes (PDI) au Burkina s'élevait à 2 062 534, dont 362 866 hommes, 493 058 femmes et 1 206 607 enfants, parmi lesquels 238 696 enfants de moins de 5 ans. Cette situation a exercé une pression considérable sur les ressources nationales, entraînant une dégradation continue des indicateurs de santé publique, de sécurité alimentaire, de nutrition et d'accès à l'eau potable et à l'assainissement. Les populations les plus vulnérables en subissent les effets de manière exacerbée.

La région du Nord figure parmi les 6 régions les plus touchées (Boucle du Mouhoun, Centre-Est, Centre-Nord, Est, Nord et Sahel), avec des localités difficilement accessibles et un nombre élevé de personnes dans le besoin humanitaire, estimé à 479 068, soit 13,8% des 3 471 504 de personnes identifiées par les analyses du Humanitarian Needs Overview (HNO) de 2022. Au 31 janvier 2023, cette région comptait 252 000 Personnes Déplacées Internes (PDI), selon l'Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA).

Parmi les secteurs présentant les besoins les plus urgents figurent la WASH (Water, Sanitation and Hygiene) et la nutrition. Les groupes les exposés que sont les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes/allaitantes ont vu leurs conditions de vie se détériorer davantage dans un contexte sécuritaire très instable.

Selon les analyses de l'IPC (Integrated Food Security Phase Classification) de la malnutrition aigüe d'août 2022, 400 000 enfants âgés de 6 à 59 mois seraient affectés par la malnutrition aigüe au niveau national entre août 2022 et juillet 2023. Le nombre de cas de malnutrition aigüe sévère (MAS) attendu est estimé à plus de 95 500 enfants et 80 000 Femmes Enceintes et Femmes Allaitantes (FEFA).

Face à cette urgence humanitaire, l'Organisation Non Gouvernementale All for Peace And Dignity (ONG APADE) en collaboration avec des partenaires nationaux et internationaux a

initié le « *Projet de réponse à l'urgence nutritionnelle dans les zones à accès difficile dans la région du Nord* ». Un projet multisectoriel intégré (WASH et Nutrition) qui a ciblé les communes de Gourcy, Thiou, Titao et Yako en apportant un paquet d'interventions à des PDI et des ménages hôtes. L'objectif étant de contribuer à la réduction de la morbi-mortalité liée à la malnutrition et restaurer la dignité des communautés affectées, confrontées à la précarité et au désespoir.

Au terme de cette intervention, plusieurs questions essentielles méritent d'être posées :

- ✚ Quels sont les apports de l'intégration des approches WASH et nutrition sur les communautés ciblées ?
- ✚ Quels sont les mécanismes mis en œuvre pour identifier et promouvoir les bonnes pratiques ?
- ✚ Quelles solutions peut-on envisager pour assurer un impact positif et durable à long terme ?

C'est dans l'optique de répondre à ces préoccupations que s'inscrit la présente étude. Elle porte sur le thème « *Malnutrition aigüe chez les enfants, les femmes enceintes et allaitantes dans la région du Nord au Burkina Faso : Evaluation des effets de l'implémentation de la stratégie WASH-NUT* ».

Le présent document est élaboré à cet effet.

I.1. Objectifs de l'étude

I.1.1. Objectif général

L'objectif général de cette étude est de contribuer à l'amélioration des stratégies d'intervention humanitaire en intégrant des approches multisectorielles pour une prise en charge plus efficace des besoins nutritionnels et sanitaires dans des contextes de vulnérabilité.

I.1.2. Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques de cette étude sont :

- Evaluer l'intégration des approches et pratiques d'hygiène, d'assainissement et nutritionnelles des bénéficiaires après l'intervention.
- Analyser les mécanismes de mise en œuvre afin d'identifier les bonnes pratiques et les domaines d'amélioration ;

- Proposer une solution concrète et pertinente en vue de pérenniser l'impact du projet sur les communautés ciblées.

I.1.3. Hypothèses de l'étude

Les hypothèses de notre étude sont les suivantes :

- L'intégration des interventions WASH dans les programmes de nutrition améliore l'efficacité de la prise en charge de la malnutrition aigüe chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes/allaitantes ;
- L'adoption de bonnes pratiques WASH (lavage des mains, traitement de l'eau, utilisation de latrines) par les ménages réduit la prévalence des diarrhées et autres infections, contribuant ainsi à une meilleure récupération nutritionnelle chez les enfants malnutris ;
- La sensibilisation communautaire combinée (WASH et Nutrition) entraîne une adhésion des bénéficiaires que les approches sectorielles séparées.

I.2. Structure du rapport

Le présent rapport est articulé autour des points suivants :

- Partie I : Contexte et problématique de l'étude
- Partie II : Présentation de la structure d'accueil et du projet
- Partie III : La revue documentaire ou bibliographique
- Partie IV : La méthodologie de l'étude
- Partie V : Les résultats et discussion

Une conclusion accompagnée de perspectives constitue l'épilogue du document.

II. PRESENTATION DE LA STRUCTURE D'ACCUEIL ET DU PROJET

II.1. Présentation de All for Peace And Dignity

II.1.1. Historique

All For Peace And Dignity (APADE) est une organisation internationale. Elle a vu le jour en 2001 au Burundi pendant la crise humanitaire que traversait le pays. Aux côtés d'autres organisations locales et internationales, elle a apporté des réponses multisectorielles dans les domaines des abris, de la protection, de la WASH, entre autres, aux besoins des populations vulnérables.

En 2014, APADE est incorporée au Canada en tant qu'organisation à but non lucratif, afin de poursuivre sa mission à l'échelle internationale : œuvrer pour la paix, la stabilité et la dignité des communautés en proie aux crises humanitaires liées aux conflits, aux guerres et aux catastrophes naturelles.

II.1.2. Mission

Face aux multiples adversités et vulnérabilités qui fondent le quotidien des personnes aux prises avec des crises humanitaires, l'ONG participe à la recherche et à la mise en application d'une réponse multisectorielle en s'alignant aux besoins d'urgence pour cheminer à la résilience et au développement. Elle s'emploie à la création et au renforcement des partenariats solides avec les autres intervenants, les pays hôtes et les bénéficiaires afin d'apporter une réponse cohérente pour garantir d'une manière durable, la paix et la dignité pour tous.

II.1.3. Domaines d'expertises et positionnement au Burkina Faso

L'organisation répond aux urgences et aux crises humanitaires tout en accompagnant les bénéficiaires à la recherche de solutions de résilience pour enfin embrasser le développement durable, la paix et la dignité pour tous. Elle met à profit des personnes vulnérables son expertise dans les domaines de :

- ✓ Protection
- ✓ Éducation
- ✓ Cohabitation pacifique et la consolidation de la paix
- ✓ Des Abris-AME et infrastructures

- ✓ WASH et santé
- ✓ Moyens de subsistance et de la sécurité alimentaire
- ✓ Cash transfert
- ✓ Environnement
- ✓ Genre et inclusion sociale
- ✓ Prévention et lutte contre le Covid

L'ONG est présente au Burkina Faso depuis l'année 2021 suite à la crise sécuritaire et humanitaire qui secoue le pays des hommes intègres. Elle intervient dans quatre régions :

- ✓ La Boucle du Mouhoun
- ✓ Le Centre-Nord
- ✓ Le Nord
- ✓ Le Sahel

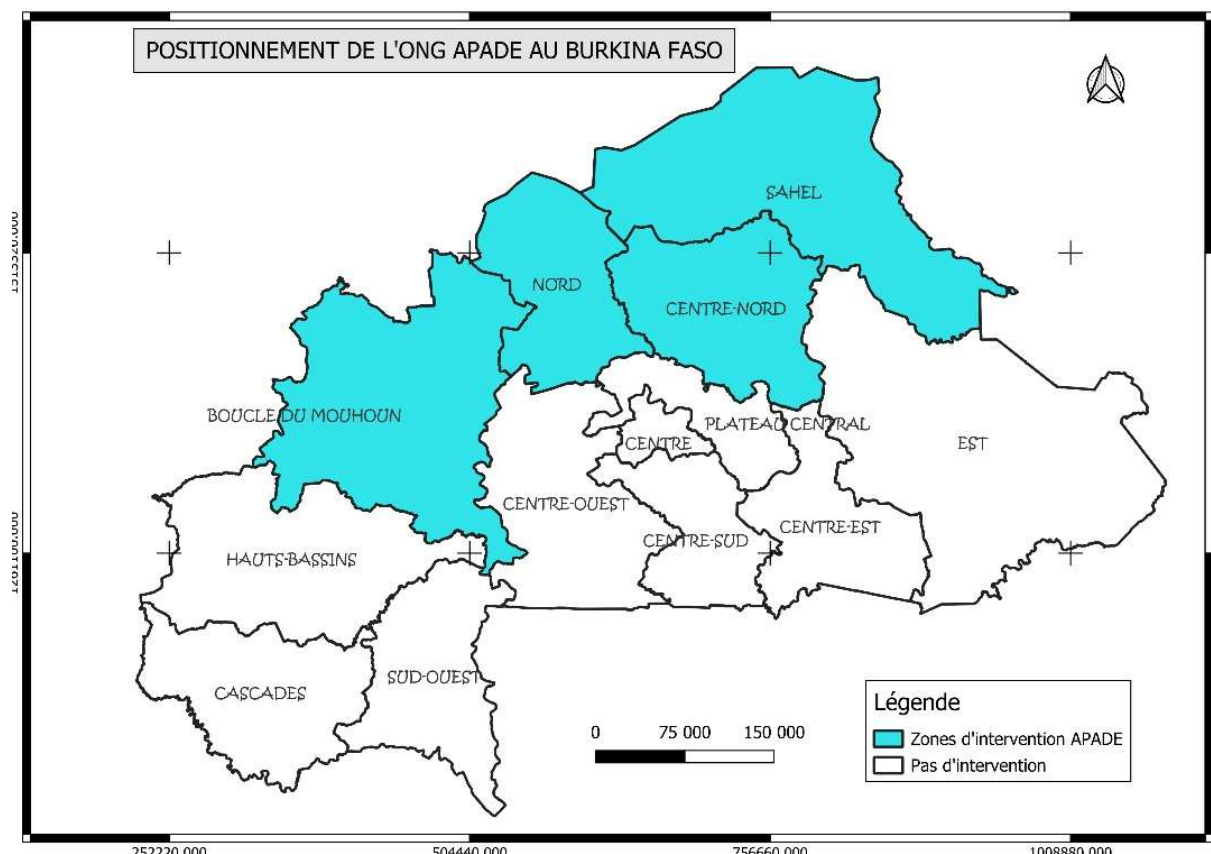


Figure 1 : Régions d'intervention de l'ONG APADE au Burkina Faso

II.1.4. Installations et partenaires

L'organisation est en pleine phase de déploiement afin de répondre efficacement à sa mission principale : garantir la paix et la dignité pour tous. Dans cette dynamique, l'ONG cible prioritairement les pays confrontés à des crises humanitaires majeures. A ce jour, ses activités se concentrent dans les pays suivants : la République Centrafricaine – le Nigéria – le Burkina Faso – le Burundi – le Cameroun.

La structure bénéficie de partenariats solides et fructueux avec les Agences des Nations Unies, la Communauté humanitaire, les autorités locales et la communauté des bénéficiaires.

II.2. Présentation du projet

Le projet FH2 a été mis en œuvre dans la région du Nord du Burkina Faso, plus précisément dans les communes de Gourcy, Thiou, Titao et Yako par l'ONG APADE et son partenaire Groupe de Réflexion et d'Action pour le Développement en Afrique (GRAD-A) de janvier à août 2023. L'objectif général était de contribuer à la réduction de la morbi-mortalité liée à la malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans ainsi que les femmes enceintes et allaitantes dans les communes ciblées.

Financé à hauteur de 400 000 000 FCFA environ (700 000 USD), le projet visait un groupe cible de 45 000 personnes dont 25 621 enfants, 10 828 femmes et 8 551 hommes, parmi lesquelles 6 748 personnes en situation de handicap. Les activités devaient à terme profiter à potentiellement 400 000 personnes dans les quatre communes.

Le projet poursuivait quatre résultats principaux :

- ✓ **R1** : Un paquet WASH in Nutrition est fourni aux enfants malnutris ainsi qu'à leurs familles ;
- ✓ **R2** : les communautés présentant une forte prévalence de malnutrition infantile bénéficient d'une assistance WASH ;
- ✓ **R3** : Les enfants de moins de 5 ans souffrant de malnutrition aigüe bénéficient d'une prise en charge de qualité, conformément au protocole national ;
- ✓ **R4** : Les activités communautaires de prévention, de dépistage, de référencement et de suivi des cas de malnutrition aigüe chez les enfants de moins de 5 ans sont renforcées dans les zones ciblées.

L'étude vise à évaluer l'efficacité de cette approche intégrée, en s'interrogeant sur sa capacité à répondre aux urgences nutritionnelles, sur le niveau d'appropriation par les bénéficiaires et sur les éventuelles limites rencontrées. Elle s'appuie sur l'analyse des réalisations concrètes sur le terrain ainsi que sur les résultats issus des enquêtes et témoignages recueillis.

II.3. Présentation de la zone du projet

Avec une superficie de 16 414 km², soit 6,01% du territoire national, la région du Nord est l'une des treize régions administratives du Burkina Faso. Elle se compose de quatre (04) provinces (le Loroum, le Passoré, le Yatenga et le Zandoma) et compte quatre (04) communes urbaines (Ouahigouya, Yako, Gourcy et Titao) et vingt-sept (27) communes rurales. Elle est également décomposée en neuf cent quatorze (914) villages et trente (34) secteurs. Ouahigouya est la capitale régionale. Elle est limitée au Nord par la République du Mali, au Nord-Est par la région du Sahel, à l'Est par la région du Centre-Nord, au Sud par les régions du Plateau Central et du Centre-Ouest et à l'Ouest par la région de la Boucle du Mouhoun.

Notre étude concerne :

- ✓ La commune de Gourcy dans la province du Zandoma
- ✓ La commune de Thiou dans la province du Yatenga
- ✓ La commune de Titao dans la province du Loroum
- ✓ La commune de Yako dans la province du Passoré

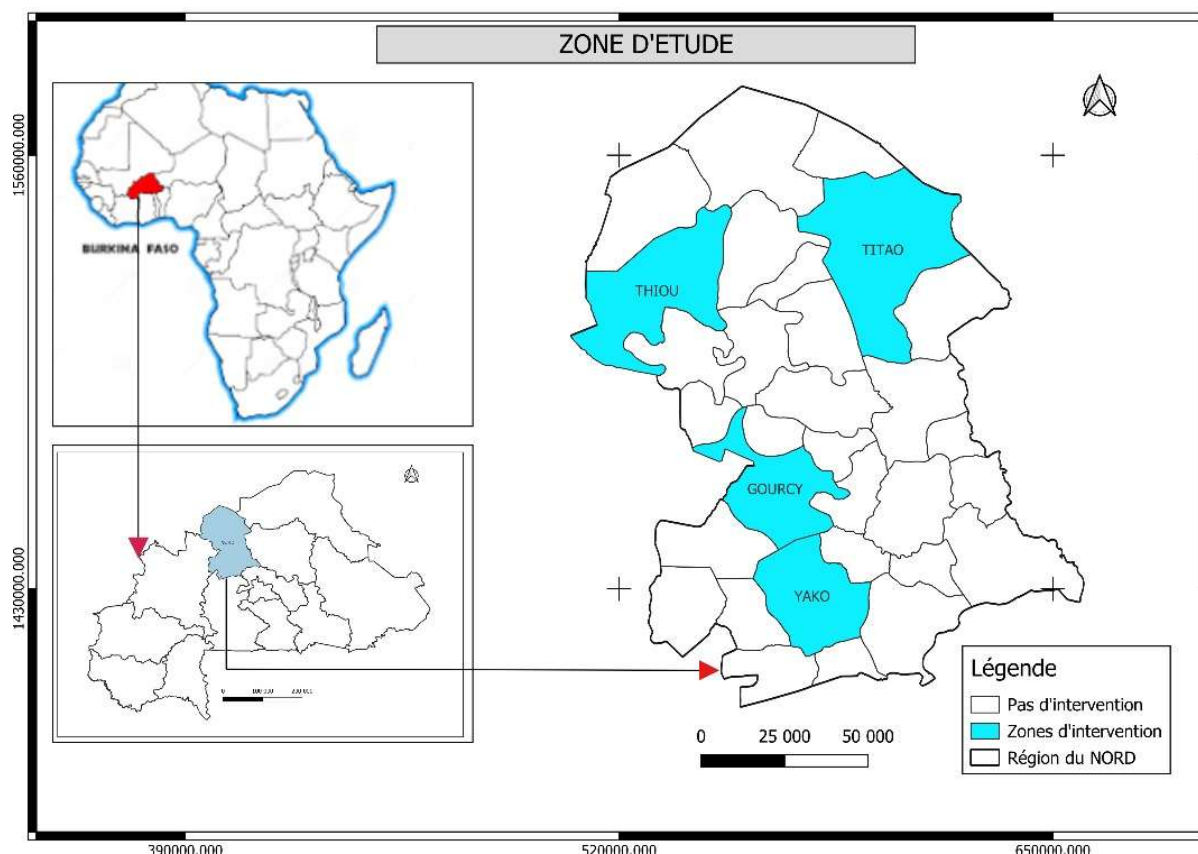


Figure 2 : Localisation de la zone d'étude (auteur OUEDRAOGO Boureima)

Le tableau ci-dessous donne les lieux où les différentes activités ont été déroulées dans les 4 communes dans le cadre du projet.

Tableau 1: Zones d'intervention du projet par commune

Communes	Zones d'intervention du projet	
	Institutions sanitaires	Communauté
Gourcy	15 CSPPS	Site à forte concentration de PDI
Thiou	9 CSPPS	
Titao	11 CSPPS	
Yako	17 CSPPS et 1 CMA	

III. REVUE DOCUMENTAIRE OU BIBLIOGRAPHIQUE

III.1. Concepts clés

III.1.1. WASH

Le concept WASH vise à garantir des conditions sanitaires minimales, indispensables pour protéger les populations contre les maladies hydriques et les infections. Il repose sur trois composantes fondamentales :

- L'accès à l'eau potable (en quantité et en qualité) : l'eau doit être disponible en quantité suffisante et répondre aux normes microbiologiques pour la consommation humaine. Les standards SPHERE recommandent un minimum de 15 litres d'eau par personne et par jour dans les situations d'urgence.
- L'assainissement : la gestion sûre des excréta est essentielle pour éviter la contamination de l'environnement. Cela inclut les latrines, les systèmes de gestion des déchets et le traitement des eaux usées.
- L'hygiène : la promotion de bonnes pratiques comme le lavage des mains, essentiel pour limiter la transmission des agents pathogènes.

Dans les contextes humanitaires, un mauvais accès à ces services favorise la propagation des maladies hydriques comme la diarrhée, qui est responsable de 8 % des décès d'enfants de moins de 5 ans dans le monde (UNICEF, 2022).

III.1.2. Nutrition

La nutrition est un ensemble de processus de transformation des aliments qu'utilise tout organisme vivant afin d'assurer les fonctions vitales pour le maintien de son corps et la production d'énergie.

III.1.3. Malnutrition aigue

La malnutrition est l'état pathologique causé par l'excès ou la déficience d'un ou plusieurs nutriments ou infections. On distingue la :

- Surnutrition : qui est la surconsommation de calories via macronutriments au regard des dépenses calorifiques de l'organisme trop faibles.
- Sous-nutrition : alimentation non adaptée qui entraîne des carences en nutriments ; maladies qui empêchent l'absorption des nutriments ; pratiques de soins inadaptés.

La malnutrition aigüe est le résultat d'un choc récent sur le statut nutritionnel de l'enfant, qui peut résulter d'une pénurie alimentaire, d'une maladie récente, de pratiques de soins inappropriées ou d'une combinaison de ces facteurs. Elle se manifeste principalement par :

- Un faible poids pour la taille (émaciation) reflétant une perte rapide de masse corporelle
- Des œdèmes bilatéraux dans les cas sévères, indiquant une rétention anormale de liquides.

Les deux formes principales de malnutrition aigüe sont :

- Malnutrition Aigüe Sévère (MAS) : état nécessitant une prise en charge immédiate en raison de la vulnérabilité aux infections et du risque élevé de mortalité ;
- Malnutrition Aigüe Modérée (MAM) : condition moins sévère mais pouvant évoluer en MAS si elle n'est pas traitée.

Dans les situations humanitaires comme celle du Burkina Faso, la prévalence de la malnutrition aigüe est un indicateur clé de la crise alimentaire et sanitaire. Selon le rapport SMART 2022, les taux de MAG dans certaines zones dépassent 15 %, seuil critique établi par l'OMS

III.1.4. Stratégie WASH-Nut

La WASH-Nutrition désigne tout type d'intervention visant à renforcer la prévention (avant l'incidence de la sous nutrition) et la prise en charge (de la sous-nutrition, MAS et MAM) par l'amélioration des conditions sanitaires comme l'accès à l'eau, l'assainissement et les pratiques d'hygiène.

III.2. Liens entre la malnutrition et les conditions WASH

Les liens entre les conditions WASH et la malnutrition aigüe sont bien établis dans la littérature. Ces interdépendances s'articulent principalement autour des points suivants :

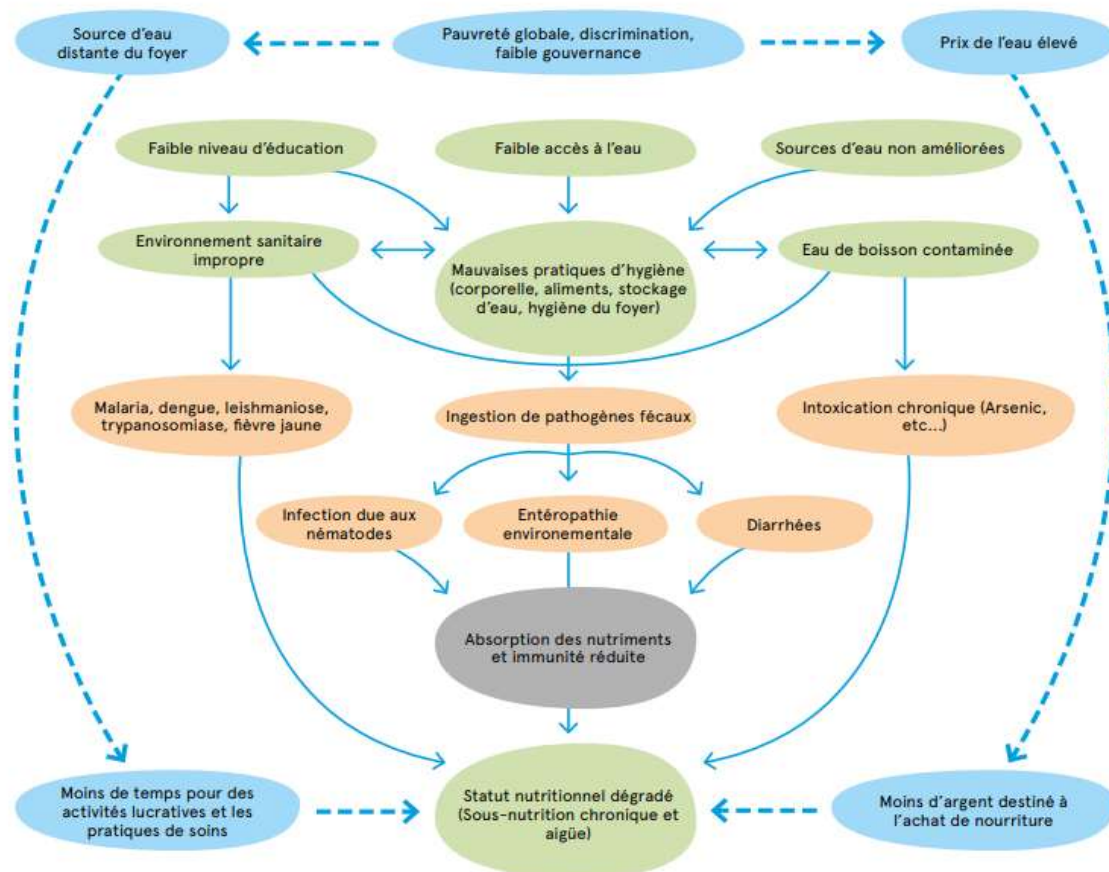


Figure 3 : Liens entre la malnutrition et les conditions WASH (source ACF)



Source : Fewtrell et al. (2005)

Figure 4 : Impact de la WASH sur la morbidité diarrhéique

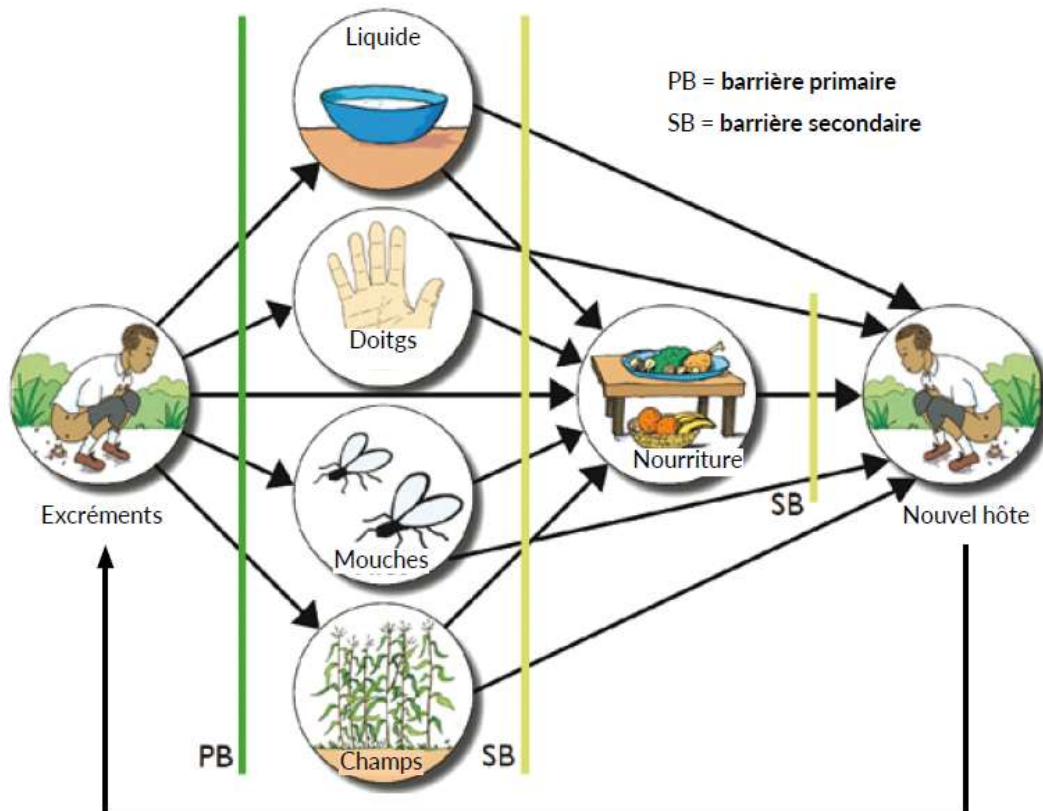
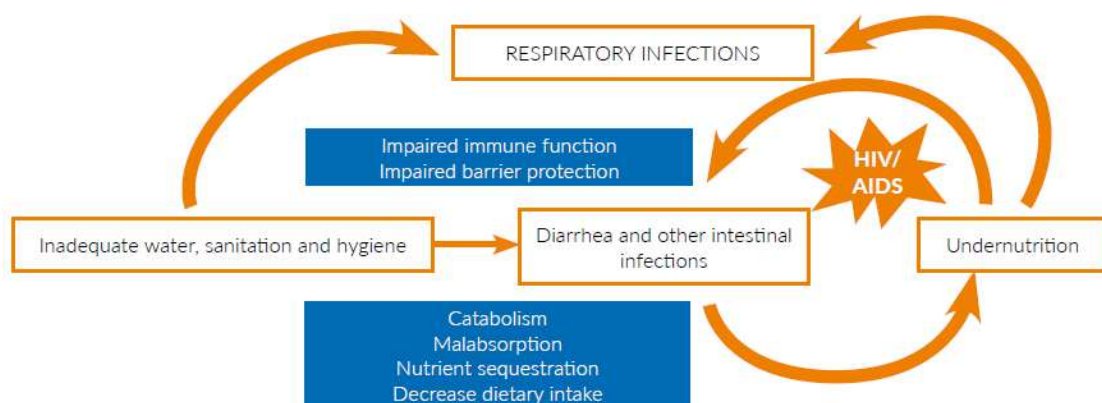


Figure 5 : Le digramme F de contrôle des infections (source : Perez at al. (2012), adapté de Wagner and Langlois (1958))



Source: Pathways linking WASH with nutrition (WHO, 2007), Brown 2003, adapted ACF

Figure 6 : Interactions dans la stratégie intégrée

III.3. Approches internationales et cadre stratégique pour WASH et Nutrition

Les approches internationales et les cadres stratégiques intégrant de la WASH et la nutrition s'avèrent essentiels pour lutter contre la malnutrition, en particulier dans les contextes vulnérables comme l'Afrique de l'Ouest et du Centre.

III.3.1 Stratégie WASH-Nut

La stratégie WASH-Nut repose sur l'intégration systématique des composantes WASH dans les programmes de prévention et de traitement de la malnutrition. Son objectif principal est nutritionnel : contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité liées à la malnutrition à travers des interventions ciblées en matière d'eau, d'hygiène et d'assainissement. Elle comprend notamment :

- ✓ La fourniture d'un paquet intégré WASH aux ménages ayant des enfants atteints de MAS.
- ✓ La réalisation d'infrastructures hydrauliques et d'assainissement les centres de santé (points d'eau potable, latrines adaptées).
- ✓ La sensibilisation communautaire aux bonnes pratiques d'hygiène.

La stratégie s'articule autour de 5 piliers fondamentaux :

1. **L'intégration** : assurer un bon ciblage géographique des projets WASH en les concentrant dans les régions touchées par la sous-nutrition, en priorité dans les zones à forte prévalence de malnutrition aigüe.
2. **Le couple mère-enfant** : cibler prioritairement le couple mère/accompagnant-enfant malnutri et réaliser leur suivi au niveau des centres de santé comme à domicile afin de briser le cercle vicieux diarrhées/nématodes/DEE - sous-nutrition et de prévenir les maladies associées.
3. **Le changement de comportement** : développer une approche visant le changement de comportement car si les comportements hygiéniques adéquats ne sont pas respectés, la seule fourniture d'installations (approvisionnement en eau et infrastructures sanitaires) aura un impact limité sur la santé.
4. **La coordination** : améliorer la coordination et multiplier/renforcer les partenariats avec les ministères concernés, les organisations humanitaires et les autres parties prenantes concernées pour faire en sorte que tout projet WASH intègre d'emblée des objectifs se rapportant à la santé et à la nutrition.

5. **Le paquet minimum** : renforcer le paquet minimum WASH et s'assurer de sa mise en place à la fois dans les centres de santé et de nutrition mais aussi dans les communautés et ménages touchées par la malnutrition.

III.3.2. Approches internationales

Plusieurs organisations ont développé des référentiels pour encadrer l'intégration des interventions WASH et nutrition :

✓ Les standards SPHERE

Les standards SPHERE constituent un cadre de référence pour les interventions humanitaires, définissant des seuils minimums pour l'accès à l'eau potable (15 litres/personnes/jour) et les infrastructures sanitaires. Ils insistent également sur l'importance de la participation communautaire dans la mise en œuvre des programmes WASH.

✓ Le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

L'UNICEF promeut une approche multisectorielle intégrée pour lutter contre la malnutrition. Ses actions incluent :

- La détection précoce des cas de malnutrition par des agents communautaires formés ;
- La mise en œuvre de programmes combinant prise en charge nutritionnelle et prévention des maladies liées à l'eau.

Le document sur la stratégie WASH-Nutrition Afrique de l'Ouest et du Centre (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance UNICEF, Octobre 2022) souligne l'importance de ces synergies pour maximiser l'impact des interventions.

✓ Action Contre la Faim (ACF)

La stratégie Baby WASH et les 1000 jours (juillet 2017) qui vise à réduire la sous-nutrition chronique par une approche multisectorielle.

Bien que ces approches soient essentielles à la réduction de la malnutrition, elles présentent des limites telles que :

Pour la stratégie WASH-Nut

- ✓ Coordination sectorielle faible : les programmes WASH et nutrition restent souvent cloisonnés (budget et acteurs différents) ;

- ✓ Preuves d'impact mitigées : certaines études (comme les essais randomisés WASH **Benefits** et SHINE) montrent que les interventions WASH seules ne suffisent pas à réduire significativement le retard de croissance ;
- ✓ Décalage temporel : les effets des interventions WASH sur la malnutrition sont souvent à long terme, alors que les bailleurs cherchent des résultats rapides.

Pour les standards SPHERE

- ✓ Application inégale : dans les contextes stables ou de développement, les standards peuvent être moins prioritaires ;
- ✓ Approche générique : les normes ne sont pas toujours adaptées aux spécificités locales (climat, culture, infrastructures) ;
- ✓ Manque d'intégration nutritionnelle : bien que SPHERE inclue des indicateurs WASH, le lien avec la malnutrition n'est pas toujours opérationnalisé.

Pour l'approche multisectorielle intégrée (UNICEF)

- ✓ Complexité de mise en œuvre : nécessite une forte coordination entre acteurs (gouvernements, ONG, communautés) ;
- ✓ Coûts élevés : l'intégration multisectorielle peut exiger plus de ressources et de temps ;
- ✓ Suivi et évaluation difficile : mesurer l'impact spécifique de chaque composante (WASH, nutrition, santé, sécurité alimentaire et éducation) est complexe

Pour le Baby WASH

- ✓ Difficulté de changement comportemental : les pratiques d'hygiène (lavage des mains, gestion des selles infantiles) sont souvent ancrés culturellement et difficiles à modifier ;
- ✓ Coûts et accessibilité : certaines solutions (savon, latrines améliorées) peuvent être inabordables pour les ménages pauvres ;
- ✓ Couverture limitée : se concentre sur les enfants de moins de 2 ans, sans toujours traiter les causes environnementales plus larges de la malnutrition.

III.4. Cadre théorique : Stratégie WASH-Nut

La Stratégie WASH-Nut propose un modèle opérationnel en trois étapes :

1. **Prévention des maladies** : réduction des risques d'infections à travers l'amélioration des conditions WASH.

2. **Détection et référencement** : Identification rapide des cas de malnutrition grâce à l'utilisation d'outils simples,
 - ✓ Le MUAC (Mid-Upper Arm Circumference), qui mesure l'épaisseur du tissu musculaire et graisseux sous cutané au niveau du biceps
 - ✓ Dépistage communautaire, effectué par les formations sanitaires avec l'appui des ASBC et des relais communautaires.
3. **Prise en charge intégrée** : Combinaison de soins nutritionnels (suppléments alimentaires, traitement systématique) et de services WASH (kits d'hygiène, eau potable).

Le cadre oriente les interventions afin de maximiser leur impact, tout en renforçant la résilience des communautés bénéficiaires.

IV. METHODOLOGIE DE L'ETUDE

IV.1. Revue documentaire

Le travail a consisté en l'exploitation de documents relatifs au Fonds Humanitaire Régional pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre N°2 (FHRAOC 2 ou FH2), dans le cadre de la mise en œuvre du « **PROJET DE REPONSE A L'URGENCE NUTRITIONNELLE DANS LES ZONES A ACCES DIFFICILE DANS LA REGION DU NORD** » conduit par l'ONG et ses partenaires.

- La fiche de référence du projet FH2
- Les rapports des enquêtes Connaissances, Attitudes et Pratiques (CAP)
- Le rapport bilan du projet FH2
- Les rapports définitifs de l'enquête nutritionnelle nationale de 2022 et 2024

IV.2. Collecte de données à travers une enquête CAP end line

L'enquête a été réalisée dans les communes de Gourcy, Thiou, Titao et Yako et a concerné 400 ménages (principalement les chefs de ménages pour les enquêtes ménages, les femmes en âge de procréer pour les focus groups), 11 structures sanitaires et 22 ASBC. L'ensemble des cibles ont été interrogés dans 20 villages/secteurs dont 05 dans la commune de Gourcy (Niessega, Kibilo, Tanloghin Baongin, Secteur3 et Gourcy centre), 03 à Thiou (les quartiers/villages de Secteur 1, à Gourga et à Saye de Ouahigouya abritant les déplacés de Thiou ont été considérés), 05 à Titao (Aka, Watinooma, Secteur1, Bounagniri et Songdhin) et 06 dans la commune de Yako (Bouria, Song naaba, Tibin, Secteur 4, Moutoulou, Petit Samba). Les tableaux ci-dessous donnent plus de détails en ce qui concerne la taille de l'échantillon par commune.

IV.2.1. Collecte qualitative

La dimension qualitative se fera essentiellement par le biais des entretiens semis structurés. Elle va compléter et permettre de mieux comprendre les résultats quantitatifs, même si elles seront réalisées au même moment.

Tableau 2: Taille de l'échantillon de la collecte qualitative

Cibles	Nombre prévu	Nombre atteint
CSPS/ICP	18	11
ASBC	22	22
Focus group	20	20

Sept ICP n'ont pas pu être touchés par l'enquête finale car injoignables.

Lors de l'enquête base line, la Direction Régionale de l'Eau et de l'assainissement du Nord (DREA-Nord) et des leaders communautaires ont fait partie de la collecte qualitative.

IV.2.2. Collecte quantitative

La technique d'échantillonnage a été le sondage aléatoire stratifié. Les communes de Gourcy, Thiou, Titao et Yako, ont été retenues comme strate d'analyse des résultats.

La taille de l'échantillon dans chaque localité a été déterminée par la formule suivante :

$$n \geq \frac{p \times (1 - p)}{\frac{e^2}{Z^2} + \frac{p \times (1 - p)}{N}}$$

- n représente la taille de l'échantillon nécessaire pour garantir la représentativité des résultats
- N représente l'effectif de la population étudié (dans notre cas les bénéficiaires du projet dans chaque commune)
- e la marge d'erreur ($e=10\%$)
- p les niveaux initiaux estimés des comportements ou indicateurs à mesurer ($p = 50\%$)
- Z correspondant à la valeur lue sur la table de la loi normale, il est lié au degré de confiance (95%). Pour une confiance de 95% on a un $Z = 1,96$.

En appliquant la formule ci-dessus, on obtient les tailles d'échantillon suivant par communes

Tableau 3: Répartition de la taille de l'échantillon par commune cible

Communes	N	Taille n	Taille raisonnée
Gourcy	117 761	96	100
Thiou	66 589	96	100
Titao	104 977	96	100
Yako	117 422	96	100
Total	406 749	384	400

Par ailleurs, pour question d'inaccessibilité, les actions destinées à Thiou ont été réalisées au profit des déplacés de Thiou à Ouahigouya. Ainsi, la collecte s'est déroulée au Secteur 1, à Gourga et à Saye de Ouahigouya abritant les déplacés de Thiou.

Par expérience et selon la littérature, il est recommandé entre 15 et 30 ménages par Zone de Dénombrement (ZD). Pour ce qui concerne cette étude nous avons considéré 20 ménages par ZD. Ce qui a donné un total de 20 villages/ZD à parcourir. Une liste des villages par commune a été établie afin de faire un tirage.

Dans chaque commune, un tirage de 10 ZD à enquêter, les ZD inaccessibles du fait de l'insécurité ont été changées par tirage au sort parmi les ZD restées lors du premier tirage.

Etape 1 : Tirage des villages et/ou secteurs dans les quatre communes

Disposant d'une liste des villages à enquêter, un tirage aléatoire a déterminé les villages/secteurs à enquêter. Le tirage est effectué sous Excel avec la fonction « alea entre borne ».

Etape 2 : Tirage des ménages dans les quatre communes

Pour le tirage des ménages, la méthode de la « bouteille ou du stylo » ci-après décrite a été adoptée.

Arrivé dans un village, après l'introduction auprès des autorités locales (salutations d'usage et explication de l'objet de la mission), l'équipe d'enquête a commencé par identifier une place publique qui est utilisée comme point de départ de la sélection des concessions/ménages. Ensuite, une bouteille ou un stylo a été jeté en l'air, qui en tombant a indiqué une première direction à emprunter par laquelle, l'enquêteur a enquêté dans toutes les concessions. A la limite de la rue, une autre artère a été choisie, en vue de poursuivre la sélection des ménages, jusqu'à l'obtention du nombre de ménage souhaité (au moins 20 ménages par village).

IV.3. Organisation de la collecte des données

Pour la réalisation de cette enquête, 6 enquêteurs et 04 enquêtrices ont été formés en 2 jours en ligne compte tenu de l'inaccessibilité de certaines zones comme Titao. Ces agents ont été déployés sur le terrain dont 03 dans chacune des communes de Gourcy et Yako et 02 dans chacune des communes Thiou et Titao. La mission terrain a duré 11 jours.

IV.4. Traitement et analyse des données

Le contrôle et le traitement des données se faisaient au fur et à mesure que la collecte se réalisait. Après la mission terrain, un apurement des données a été fait afin de vérifier la cohérence interne des informations recueillies et de traiter les cas de non réponses ou les présences de valeur aberrante.

Par suite, une exploitation des données a été faite sur la base d'une triangulation (croisement des informations recueillies au moyen de diverses sources) pour exfiltrer les informations les plus pertinentes à partir desquelles des conclusions ont été élaborées.

IV.5. Matériel utilisé

- Les smartphones avec la plateforme KOBOTOOLBOX pour la collecte des données ;
- Les questionnaires (WASH, ANJE, formations sanitaires), les guides d'entretien de la DREA-Nord, des leaders communautaires et des ASBC et le guide focus group des femmes, digitalisés dans les smartphones ;
- Le logiciel QGIS : pour la production des cartes
- Le pack office : pour la production du présent rapport et les présentations power point

IV.6. Difficultés rencontrées

L'étude s'est confrontée à des difficultés au nombre desquelles :

- La mauvaise qualité du réseau téléphonique lors des entretiens téléphoniques ;
- Le mouvement des agents de santé : dans certains CSPS les ICP présents à l'enquête base line n'étaient plus les mêmes à l'enquête end line suite à leur mouvement dans d'autres formations sanitaires dans la région et hors de la région. Une continuité assez délicate du service
- Pendant la période de stage on n'a pas pu se rendre sur le terrain pour des constats et des entretiens car ne ce moment l'ONG traversait des difficultés ne permettant pas des sorties terrain surtout pour les stagiaires ;

V. RESULTATS – DISCUSSIONS

V.1. Apport du projet face à la situation de malnutrition

L'ONG APADE et son partenaire local GRAD-A ont implémenté l'approche WASH-Nut en réponse à l'urgence nutritionnelle dans les communes de Gourcy, Thiou, Titao et Yako. A cet effet un paquet d'activités a été déroulé sur une période d'intervention de huit (08) mois (de janvier 2023 à août 2023) :

- La formation d'agents de santé des CSPS et PSA en nutrition (sur l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE) et sur la Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aigüe (PCIMA)), sur la gestion des stocks et sur le tri et la gestion des déchets médicaux. Au total 60 agents ont été formés dont 15 à Gourcy, 9 à Thiou, 11 à Titao et 25 à Yako.
- L'appui au transport des intrants nutritionnels et des médicaments de traitement systématique au profit de 18 formations sanitaires des districts sanitaires de Gourcy et Yako.
- La formation, l'équipement et la prise en charge de (234) Agents de Santé à Base Communautaire (ASBC) (106 femmes et 128 hommes, dont 84 à Gourcy, 65 à Thiou, et 85 à Yako), Ils ont été formés sur l'approche Périmètre Brachial (PB) à domicile (accompagner les mères à l'utilisation du MUAC et la recherche des œdèmes chez les enfants de 6 à 59 mois), à l'encadrement des Groupes d'Apprentissage et de Suivi des Pratiques d'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (GASPA) (pour les démonstrations culinaires à l'endroit des femmes). 150 ASBC ont été dotés de vélos (65 à Thiou et 85 à Yako). Les 234 ASBC ont tous bénéficié de gilets fluorescents, de sacs à dos et de paires de bottes.
- L'organisation et la tenue de 2 campagnes de dépistage de masse de la malnutrition aiguë par les ASBC et les districts sanitaires, ayant permis de détecter 486 cas de MAS et 1186 cas de MAM.
- La prise en charge des cas de MAS et de MAM d'enfants de 6-59 mois à travers les Aliments Thérapeutiques Prêt à l'Emploi/Plumpy'Nut (ATPE/PPN) dans les formations sanitaires de Gourcy et de Yako.
- La facilitation du transport de 16 cas de MAS avec complication, dont 10 à Gourcy et 6 à Yako, vers les Centre de Réhabilitation et d'Education Nutritionnelle (CREN).

- La distribution de 1000 kits WASH (300 kits à Gourcy et 700 kits à Yako, composition du kit : 1 seau de 15L sans couvercle ; 1 seau de 25l avec couvercle, 2 bouilloires de 3l, 2 gobelets plastiques de 0,5l, 1 bassine, 1 pot pour enfant, 100 comprimés d'aquatab de 67mg, 8 boules de savon de 250g, 1 bidon blanc de 20l et 1 pagne en coton) aux couples mère-accompagnant/enfant malnutris. La distribution a été accompagnée de sensibilisations au maintien de bonnes pratiques d'hygiène (lavage des mains, traitement de l'eau, gestion des excréta) en prévention aux maladies hydriques, causes sous-jacentes de la malnutrition.



Figure 7 : Dotation des kits WASH aux couples mère-enfants malnutris au CSPS urbain de Gourcy en juin 2023

- La construction/réhabilitation de 10 blocs de latrines dans 10 centres de santé (4 à Gourcy et 6 à Yako) avec des Dispositifs de Lavage des Mains (DLM)



Après intervention



Avant intervention

Figure 8 : Latrines après et avant intervention au CSPS de Petit Samba, commune de Yako (juin 2023)

- La réhabilitation de 3 forages dans 3 centres de santé pour l'amélioration de l'accès à l'eau potable ;



Figure 9 : Forage réhabilité au CSPS urbain de Gourcy (mai 2023)

- L'aménagement de 17 zones d'assainissement (7 à Gourcy et 10 à Yako) et la distribution de 60 poubelles et de 60 boîtes à aiguilles dans les formations sanitaires de Gourcy et de Yako ;



Après intervention



Avant intervention

Figure 10 : Incinérateur après et avant intervention au CSPS de Tindila, commune de Yako

- La formation de 40 relais communautaires (10 par commune) sur les gestes essentiels d'hygiène (le traitement de l'eau, le lavage des mains, l'utilisation de latrines, la gestion des excréta et des ordures ménagères) et les démonstrations culinaires pour l'accompagnement et le suivi des couples mère/accompagnant-enfant à domicile. Ils ont été équipés de cahiers, de boîtes à images et de gilets ;
- La réhabilitation de points d'eau (2 forages et 3 puits traditionnels dont 1 à grand diamètre) à Gourcy et à Yako ;



Figure 11 : Puits traditionnel réhabilité à Gourcy



Figure 12 : Forage réhabilité au secteur 6 du village de Namssigui, commune de Yako

- La mise en place, la formation et l'équipement de Comités de Gestion (COGES) (2 à Gourcy et 3 à Yako)
- La mise en place, la formation et l'équipement de 5 comités villageois d'assainissement (2 à Gourcy et 3 à Yako). La dotation se composait de brouettes, de balais, de bottes, de gants, de pelles, de pioches, de dabas, de râtaux, de pousse-pousse et de bacs à ordures ;
- L'aménagement de 5 décharges (2 à Gourcy et 3 à Yako) au niveau des sites à forte concentration de PDI et au sein des communautés. Les sites ont été choisis de

concert avec les Présidents de Délégation Spéciale (PDS) des localités bénéficiaires et de l'Action Humanitaire ;

- La mise en place de la stratégie PB-œdèmes/mère. Les mères ont été sensibilisées sur l'approche PB et la recherche d'œdèmes chez les enfants de 6-59 mois. Elles ont été formées également sur les signes de la malnutrition et les techniques de dépistage au MUAC. Elles ont bénéficié de kits et de l'appui des staffs du projet et des ASBC ;
- La mise en place de 75 GASPA (35 à Gourcy et 40 à Yako) animés par 1125 femmes encadrées par les ASBC et les équipes de santé du projet. Les GASPA ont bénéficié de kits cuisine ainsi que des ingrédients locaux pour les séances de démonstration culinaires.



Figure 13 : Kits cuisine pour les démonstrations culinaires dans le dépôt de la Fédération Nationale des Groupements Naam à Yako



Figure 14 : Un groupe de GASPA à Yako

V.2. Evaluation de l'intégration des approches et pratiques d'hygiène, d'assainissement et nutritionnelles des bénéficiaires après l'intervention

L'évaluation s'est faite à partir de la comparaison entre les données de la situation de départ et de celles après l'intervention du projet sur :

- **Les connaissances, attitudes et pratiques sur la WASH et la nutrition** : une enquête base line pour connaître le niveau réel des indicateurs et une enquête end line pour apprécier l'évolution des indicateurs. Le tableau ci-dessous montre le niveau de progression ;

Tableau 4: Etat d'avancement des indicateurs

Indicateurs	Etude de référence	Etude finale	Etat d'avancement
<i>Eau, Hygiène et Assainissement</i>			
Proportion des ménages connaissant la chaîne de l'eau potable	3,72%	35,25%	+31,53%
Proportion des ménages ayant une source principale d'eau de boisson améliorée	67,21%	79,00%	+11,79%
Proportion des ménages ayant connaissance de l'existence d'un comité de gestion d'eau	ND	51,70%	
Proportion des ménages dont la quantité d'eau couvre les besoins quotidiens	71,81%	77,50%	+5,69%
Pourcentage des ménages traitant l'eau avant consommation	23,28%	25,75%	+2,47%
Proportion des ménages déféquant à l'air libre	16,67%	13,50%	-3,17%
Proportion des ménages disposant de matériels de lave mains au sein du ménage	59,07%	70,75%	+11,68%
Proportion des ménages disposant de bac à ordures	ND	52,85%	
Proportion des ménages ayant connaissance de l'existence d'un comité d'assainissement villageois	ND	19,48%	
Nutrition			
<i>Allaitement maternel exclusif (AME)</i>			
Allaitement maternel exclusif dans les six premiers mois (Proportion des femmes qui déclarent qu'un enfant de moins de 6 mois ne doit recevoir que le lait maternel)	99,49%	99,50%	+0,01%
<i>Introduction d'aliments de complément</i>			

Proportion des mères qui connaissent qu'il faut introduire d'autres aliments à partir de 6 mois	55,15%	79,00%	+23,85%
Proportion des mères connaissant l'avantage du fait d'introduire d'autres aliments à partir de 6 mois	99,26%	99,68%	+0,42%
Fréquence alimentation des enfants de 6-23 mois	3	3	+0,00

- **La prévalence de la malnutrition aigüe :**

La synthèse des prévalences de la malnutrition sous toutes ses formes chez les enfants de moins de 5 ans est indiquée dans les tableaux 7 et 8.

Tableau 5 : Échelle de classification en santé publique selon l'OMS, 2006 de la prévalence des différents types de malnutrition

Seuils MA	Seuils MC	Seuils IP	Appréciation	Situation
< 5 %	< 20 %	< 10 %	Faible	Acceptable
5 à 9 %	20 à 29 %	10 à 19 %	Modérée	Précaire
10 à 14 %	30 à 39 %	20 à 29 %	Élevée	Sérieuse
15% et +	40% et +	30% et +	Très élevée	Critique

Tableau 6 : Seuils de classification de l'état nutritionnel des enfants de 0 à 59 mois selon l'OMS

Degré de sévérité	Malnutrition				
	Aigue			Chronique	Insuffisance pondérale
	Acronyme	P/T	PB	Seuil	Seuil
Globale	MAG	P/T <-2Zsc et/ou œdèmes	PB <125 et/ou œdèmes	T/A <-2Zsc	P/A
Modérée	MAM	-3Zsc <P/T <-2Zsc	115mm <PB <125 mm	-3Zsc <T/A <-2Zsc	-3Zsc<P/A< -2Zsc
Sévère	MAS	P/T <-3Zsc et/ou œdèmes	PB <115 mm et/ou œdèmes	T/A<-3Zsc	P/A< -3Zsc

Tableau 7 : Prévalences de la malnutrition aiguë, chronique et de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de cinq ans (référence OMS de 2006) au niveau provincial (pour 2022)

Indices	MALNUTRITION AIGÛE (Poids/Taille z-score) Chez les enfants de 6-59 mois			MALNUTRITION CHRONIQUE (Taille/Age z-score) Chez les enfants de 0-59 mois			INSUFFISANCE PONDERALE (Poids/Age z-score) Chez les enfants de 0-59 mois		
	Effectif	Z-score <-3 et/ou œdèmes % (IC95)	Z-score <-2 et/ou œdèmes% (IC95)	Effectif	Z-score <-3 % (IC95)	Z-score <-2 % (IC95)	Effectif	Z-score <-3 % (IC95)	Z-score <-2 % (IC95)
Passoré	393	0.8 [0.2-2.8]	10.3 [7.6-13.9]	438	5.5 [3.6-8.4]	25.9 [21.0-31.5]	438	4.1 [2.5-6.6]	20.3 [16.8-24.4]
Zandoma	439	0.8 [0.3-2.7]	7.7 [5.6-10.5]	494	7.4 [4.6-11.8]	19.9 [15.4-25.2]	495	3.9 [2.2-6.9]	16.0 [11.9-21.3]

Source : rapport définitif de l'enquête nutritionnelle nationale 2022

Tableau 8 : Prévalences de la malnutrition aiguë, chronique et de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de cinq ans (référence OMS de 2006) au niveau provincial (pour 2024)

Indices	MALNUTRITION AIGÛE (Poids/Taille z-score) Chez les enfants de 6-59 mois			MALNUTRITION CHRONIQUE (Taille/Âge z-score) Chez les enfants de 0-59 mois			INSUFFISANCE PONDERALE (Poids/Âge z-score) Chez les enfants de 0-59 mois		
	Effectif	Z-score <-3 et/ou œdèmes % (IC95)	Z-score <-2 et/ou œdèmes % (IC95)	Effectif	Z-score <-3 % (IC95)	Z-score <-2 % (IC95)	Effectif	Z-score <-3 % (IC95)	Z-score <-2 % (IC95)
Passoré	465	1.0[0.3-3.5]	9.8[7.4-12.9]	509	7.7[4.5-12.7]	26.2[21.2-31.8]	509	4.6[1.5-13.4]	22.1 [16.6-28.9]
Zandoma	439	1.1[0.3-3.9]	8.7[5.7-13.1]	491	7.5[4.1-13.5]	26.4[21.2-32.2]	491	2.1[0.6-7.2]	18.6 [14.2-24.1]

Source : rapport définitif de l'enquête nutritionnelle nationale 2024

Les provinces du Loroum et du Yatenga n'ont pas pu être enquêtées en 2022 et en 2024.

Evaluation

Pour les enquêtes CAP on note une progression significative entre la situation de référence et la situation finale avec des différences de pourcentage allant de 0% à 31,53%. Cela s'explique par :

- L'accès à des infrastructures WASH améliorées dans la communauté et les centres de santé (forages sécurisés, latrines et zones d'assainissement)
- L'adoption de bonnes pratiques d'hygiène par les ménages (le traitement de l'eau, le lavage des mains et la gestion des déchets) grâce aux sensibilisations ;
- La réduction des maladies liées à l'eau et à l'insalubrité (diarrhées, infections parasitaires) ;
- Une diversification alimentaire grâce aux GASPA, à l'accompagnement et au suivi des relais communautaires et des ASBC
- L'augmentation de la couverture des traitements nutritionnels pour les cas de malnutrition sévère et modérée ;

Pour la prévalence à la malnutrition aigüe : ce sont des données provinciales donc difficile de se prononcer objectivement sur les chiffres.

Toutefois le taux est en baisse dans le Passoré (10,3% en 2022 contre 9,8% en 2024) passant d'un état de malnutrition sévère à un état de malnutrition modérée selon la classification de l'OMS. Une baisse due probablement en partie aux actions du projet FH2.

Pour le Zandoma par contre on note une hausse du taux de prévalence (7,7% en 2022 contre 8,7% en 2024). Même si c'est toujours dans l'état de malnutrition modérée, cet écart croissant vient rappeler tous les efforts à fournir en faveur d'un changement de comportement dans toutes les communes de la province, malgré toutes les actions menées dans le cadre du projet FH2.

Ce diagnostic montre qu'il y a eu des acquis à travers le projet FH2, qu'il faut consolider et pérenniser. Pour avoir l'effet escompté, à court et moyen terme et un impact durable, des projets semblables au FH2 doivent être initiés et mis en œuvre dans l'ensemble des communes de la région.

V.3. Analyse des mécanismes de mise en œuvre pour identifier les bonnes pratiques et les domaines d'amélioration.

La mise en œuvre du projet FH2 s'est faite par le déroulement d'un paquet d'activités avec l'objectif que les acquis soient consolidés à travers un certain nombre de mécanismes. Il s'agit notamment :

- **Des COGES :** pour assurer la continuité du service d'eau par la maintenance et l'entretien des ouvrages d'eau. En plus de comment les usagers utilisent les ouvrages, ils sont témoins d'une partie de la chaîne de l'eau (le prélèvement, le transport, le stockage et la consommation) ;
- **Des comités villageois d'assainissement :** qui s'occupent de l'assainissement de l'environnement immédiat et de la gestion des déchets ;
- **Des ASBC et des relais communautaires :** qui ont accompagné et suivi les couples mère/accompagnant-enfant à domicile pour s'assurer du respect de gestes essentiels d'hygiène (le traitement de l'eau, le lavage des mains et la gestion des déchets), la préparation de repas équilibrés, le dépistage de la malnutrition au MUAC et la recherche d'œdèmes ;
- **Des GASPA :** qui à travers les démonstrations culinaires se sont appropriés de la capacité de combiner les ingrédients locaux pour obtenir une alimentation équilibrée surtout pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes et allaitantes ;
- **De la stratégie PB-œdèmes/mère :** les mères doivent être à mesure de rechercher les œdèmes chez leurs enfants et dépister la malnutrition à l'aide du MUAC

Ce sont de bons mécanismes, à l'instar de ce qui est fait dans un contexte de développement, facilitant ainsi l'intégration du projet dans son espace de mise en œuvre. Non seulement ces dispositions sont nécessaires et efficaces pour identifier les bonnes pratiques mais aussi pour les promouvoir au sein de la communauté.

Cependant mis en place dans un contexte d'urgence, la survie et la fonctionnalité de ces mécanismes, après l'intervention, demeurent un véritable défi.

Il est donc nécessaire que les autorités communales et les services techniques en charge de l'eau, de la santé et de l'éducation qui ont participé à la mise en place et la formation de ces entités prennent le relai pour assurer leur suivi, leur recyclage et leur équipement. Afin de maintenir la dynamique et d'assurer la continuité dans le changement de comportement des

communautés en faveur d'un meilleur état nutritionnel des populations en particulier les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes et allaitantes.

V.4. Proposer une solution concrète et pertinente pour pérenniser l'impact du projet sur les communautés ciblées

Les crises humanitaires, qui sont de plus en plus prolongées, représentent un défi majeur et croissant pour les acteurs dans les secteurs de la WASH et de la Nutrition. La nature protractée des crises transcende les notions conventionnelles de gestion de crise (avant, pendant et après). Pour les acteurs humanitaires il n'y a souvent pas de voie évidente pour sortir d'une crise prolongée. Il faut plutôt des mesures plus fondamentales de renforcement de la résilience communautaire qui anticipent toute l'étendue et la profondeur des problèmes pernicioeux qui émergent lors d'une crise prolongée. Dans un contexte où les ressources allouées pour faire face aux situations d'urgence s'amenuisent, il est donc important d'adopter une gestion rationnelle (efficace et efficient) des appuis reçus (argent, matériel, renforcement de capacités) des Partenaires Techniques et Financiers (PTF). Il faut tenir compte également de l'analyse FFOM (Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces) afin de proposer une solution efficiente et efficace.

Tableau 9 : Analyse des Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces de la situation

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> • Présence de programmes humanitaires et étatiques : interventions de APADE et de son partenaire local pour la prise en charge de la malnutrition • Stratégies intégrées WASH-Nut : approche combinant nutrition, eau potable et assainissement pour une meilleure efficacité • Sensibilisation communautaire : existence de relais communautaires formés pour dépister la malnutrition et promouvoir les bonnes pratiques • Déclenchement et le fonctionnement des clusters (WASH, santé, sécurité alimentaire) : pour la disponibilité des données, la coordination et l'harmonisation des interventions 	<ul style="list-style-type: none"> • Accès limité aux services de santé : éloignement des centres de santé, manque de personnel qualifié et ruptures de stocks d'intrants nutritionnels • Insécurité alimentaire chronique : conflits armés et déplacements de populations perturbent l'accès à la nourriture • Pratiques WASH inadéquates : eau contaminée, défécation à l'air libre et faible adoption du lavage des mains • Facteurs culturels : tabous alimentaires, méconnaissance des besoins nutritionnels spécifiques (des femmes enceintes par exemples)

Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement de la stratégie WASH-Nut : intégration accrue des messages nutritionnels dans les programmes WASH (promotion du lavage des mains avec la distribution de suppléments nutritionnels) • Partenariats multisectoriels : collaboration entre acteurs de la santé, agriculture et protection sociale (jardins maraichers pour les femmes par exemple) • Innovations technologiques : utilisation de solutions mobiles (SMS) pour le suivi des cas ou la sensibilisation • Financements internationaux : projets ciblés pour les zones fragiles 	<ul style="list-style-type: none"> • Conflits et insécurité : attaques armées entravant l'accès humanitaire et dégradant les infrastructures WASH et de santé • Changements climatiques : sécheresses et inondations récurrentes affectant les récoltes et les ressources en eau • Epidémies : maladies diarrhéiques ou choléra aggravant la malnutrition chez les enfants • Dépendance à l'aide externe : instabilité des financements compromettant la pérennité des interventions

A cet effet, dans le cas de la présente étude, une des solutions pour guider les futures interventions est de **renforcer l'engagement communautaire pour assurer un accès durable et décentralisé à la prévention et à la prise en charge de la malnutrition**. Cette solution se décline comme suit :

Détection et prise en charge de la malnutrition (Santé et nutrition)

- Le déploiement d'Agents de Santé à Base Communautaire (ASGC) et relais nutritionnels
 - ❖ La formation sur le dépistage par MUAC (Périmètre Brachial) et la gestion des cas. Et leur équipement
 - ❖ La distribution d'Aliments Thérapeutiques Prêts à l'Emploi 'ATPE) pour les enfants malnutris modérés (MAM)
 - ❖ Le référencement systématique des cas sévères (MAS) vers les centres de santé via un système de transport solidaire
- La mise en place de cliniques mobiles/avancées nutritionnelles
 - ❖ Constitution d'équipes mobiles (médecin, infirmier, nutritionniste) pour couvrir les zones inaccessibles
 - ❖ Mise en place d'unités mobiles polyvalentes (tricycle, charrette ou moto médicalisé) pour les consultations, le dépistage, la distribution de suppléments nutritionnels et le référencement
 - ❖ La constitution de kits d'urgence nutritionnelle (Plumpy'Nut, lait thérapeutique, vermifuges)
- La mise en place d'un système d'alerte par SMS/Radio

- ❖ Collaboration avec les leaders locaux et les femmes pour signaler les cas critiques
- ❖ Utilisation de la radio communautaire pour diffuser des messages de prévention
- La supervision digitale via le téléphone portable. Le système est à mettre en place en collaboration avec les compagnies de téléphonies dans les zones couvertes par le réseau.

Sécurité alimentaire et moyens de subsistance

Afin d'assurer une certaine autonomie financière aux ménages les permettant d'acheter des aliments indispensables à une ration équilibrée ou de produire par eux-mêmes le nécessaire, les initiatives suivantes seront mises en place :

- Le développement de jardins potagers communautaires et familiaux à travers :
 - ❖ La formation en techniques agroécologiques et en maraîchage (compostage, culture en sac, irrigation goutte-à-goutte).
 - ❖ L'identification et aménagement de parcelles communautaires : identifier des groupements ou associations de femmes disposant de parcelles et les appuyer avec la réalisation de forages ou puits maraichers et l'aménagement. Ou mettre les groupements ou associations de femmes en place.
 - ❖ L'acquisition et la distribution de semences nutritives (moringa, niébé, patate douce, légumes à feuilles)
- L'appui aux activités génératrices de revenus pour les ménages (en mettant l'accent sur les femmes) traduit par :
 - ❖ La formation en élevage familial durable et en transformation de produits locaux
 - ❖ Le financement, l'acquisition et le don de chèvres, de moutons et de poules
 - ❖ L'alphabétisation fonctionnelle pour les femmes
 - ❖ La création de Groupes d'épargne communautaire (VSLA)
- Les banques céréalières villageoises
 - ❖ Le stockage sécurisé de céréales pour les périodes de soudure
 - ❖ L'octroi de crédit céréaliier pour les familles en crise

Amélioration de l'accès à l'eau et à l'assainissement

- Acquisition et distribution de kits d'hygiène (seau, bouilloire, gobelet, bassine, pot pour enfant, bidon, boules de savon, comprimés d'aquatab, pastilles de chlore, pagne)

- Sensibilisation sur les bonnes pratiques d'hygiène : rappel des moments clés de lavage des mains, les techniques de lavage des mains, l'importance de l'utilisation des latrines et de la consommation d'eau potable, la gestion des déchets ;
- Réalisation/réhabilitation de forages, Postes d'Eau Autonomes (PEA), Adduction d'Eau Potable Simplifiée (AEPS) dans les communautés et les centres de santé :
 - ❖ En priorisant les villages/quartiers et les formations de santé les plus touchés par les pénuries ;
 - ❖ En visant un niveau de service ambitieux par la réalisation de bornes fontaines et de branchements particuliers ;
 - ❖ En mettant en place et en formant des comités de gestion pour assurer la continuité du service et la pérennité des ouvrages ;
- Réalisation/réhabilitation de latrines familiales, communautaires et institutionnelles pour réduire ou éliminer le contact avec les excréments par conséquent réduire les risques de maladies diarrhéiques ;
- Mise en place et formation de Comités d'Assainissement Villageois ou de Quartier (CAV/Q) pour maintenir un niveau d'assainissement acceptable dans les communautés et les centres de santé ;
- Construction/réhabilitation d'incinérateurs, de fosses septiques pour les liquides biologiques et les placentas dans les formations sanitaires et de zones d'assainissement dans les communautés pour une meilleure gestion des déchets (biomédicaux et ménagers) ;
- Mise en œuvre de l'Assainissement Total Piloté par les Communautés (ATPC) en situation d'urgence : amener les communautés à s'auto-construire des latrines, à les utiliser et à les garder propres afin de réduire ou d'éliminer la défécation à l'air libre ;
- Formation sur le traitement de l'eau (filtration, chloration, ébullition) : apprendre aux bénéficiaires comment améliorer la qualité de l'eau avant consommation à travers divers procédés (obtenir une eau potable à partir d'une eau impropre à la consommation) ;
- Information et sensibilisation sur le Plan de Gestion de la Sécurité Sanitaire de l'Eau (PGSSE) : rappeler les étapes de la chaîne de l'eau (approvisionnement, transport, stockage et consommation) et comment maintenir la qualité de l'eau sur ces différentes étapes ;
- Formation à la fabrication locale de DLM (Tippy -Tup) ;

- Formation/recyclage des agents de santé sur :
 - ❖ La Prévention et le Contrôle des Infections (PCI) afin de minimiser ou d'éliminer les risques de propagation des maladies transmissibles dans les établissements sanitaires (se protéger, protéger les patients, protéger sa famille et la communauté) :
 - ❖ La gestion des déchets : maîtriser les chaînes de gestion (le tri, la collecte, le transport, le stockage et le traitement) :
- Introduction de la WASH FIT, qui est un outil ou un processus itératif, en plusieurs étapes, d'amélioration des services d'eau, d'hygiène et d'assainissement dans les formations sanitaires.

Sensibilisation et changement de comportement

- Tenues de causeries éducatives avec les mères et aidants sur :
 - ❖ La promotion de l'allaitement maternel exclusif (0-6 mois) et la diversification alimentaire après 6 mois
 - ❖ Les démonstrations culinaires avec des aliments locaux riches en nutriments (mise en place de GASPA et animation)
- Campagne de sensibilisation sur les bonnes pratiques d'hygiène, d'assainissement et nutritionnelles, en collaboration avec les guérisseurs traditionnels et les chefs coutumiers et religieux à travers :
 - ❖ Des spots qui seront élaborés et diffusés en langues locales sur les ondes de radio.
 - ❖ Des émissions radios interactives
 - ❖ Des théâtres forums avec des supports visuels adaptés en langues locales

Mécanismes de suivi, gouvernance et plaidoyer

- Comités locaux de suivi nutritionnel : implication des autorités locales, des femmes et des jeunes dans le suivi des indicateurs
- Partenariats avec d'autres ONG et bailleurs
- Plaidoyer pour l'intégration de la nutrition dans les plans communaux de développement (PCD).

Suivi-évaluation et apprentissage

- Établissement d'indicateurs de suivi : taux de malnutrition (MAM, MAS), nombre de jardins actifs, couverture du dépistage communautaire, nombres de relais formés, stocks viviers disponibles
- Mécanismes de suivi des indicateurs : fiches mensuelles, visites trimestrielles de supervision, enquêtes participatives
- Collecte régulière de données :
- Évaluations périodiques pour mesurer l'impact du plan d'action et identifier les leçons apprises ;
- Mécanismes de redevabilité qui consistera à renforcer la redevabilité des acteurs envers les communautés et vice-versa ;
- Partage des bonnes pratiques : la documentation et la diffusion des succès et des défis pour faciliter l'apprentissage et la réplique.

Un plan d'action sur 12 mois est proposé pour la mise en œuvre des activités susmentionnées

Tableau 10 : Plan d'action détaillé pour la solution prioritaire (12 mois)

N°	Étapes	Activités	Responsables	Acteurs/Partenaires associés	Délais/Échéances	Coût de l'activité en FCFA	Stratégie de mise en œuvre	Indicateurs de succès
1	Diagnostic communautaire participatif	Identification des zones prioritaires, des cibles, des besoins, et des relais locaux	ONG APADE	STD (Eau, Santé, Action Humanitaire, Education), délégations spéciales, leaders locaux	Mois 1	5 000 000	Utilisation des données existantes + des consultations locales (entretiens, enquêtes, réunions)	Zones et besoins définis
2	Détection et prise en charge de la malnutrition	Formation de 40 ASBC et 60 relais communautaires, sur le dépistage par MUAC (Périmètre Brachial) et la gestion des cas	ONG APADE / Direction Régionale de la Santé	Districts sanitaires	Mois 2-3	8 000 000	Sessions de formation pratiques + kits MUAC	40 ASBC et 60 relais communautaires formés et équipés
		Constitutions de 10 équipes mobiles (ASBC, relais communautaires, infirmiers, médecins et nutritionnistes)	ONG APADE / Direction Régionale de la Santé	Districts sanitaires, CSPS	Mois 2-3	2 000 000	Prise en compte des leaders locaux pour comprendre les barrières culturelles et logistiques	10 équipes constituées
		Constitution de 500 kits d'urgence nutritionnelle (Plumpy'Nut, lait thérapeutique, vermifuges)	ONG APADE / Direction Régionale de la Santé	Districts sanitaires, CSPS	Mois 2-3	10 000 000	Achat et distribution ciblée (kit de 20 000)	500 enfants en situation nutritionnelle d'urgence pris en charge
		Mise en service de 10 unités mobiles polyvalentes (tricycle, moto médicalisé)	ONG APADE / Direction Régionale de la Santé	Districts sanitaires, CSPS	Mois 4	15 000 000	Acquisition de tricycles ou de motos et les médicaliser pour des consultations, des distributions de suppléments nutritionnels et des référencement	10 unités mobiles polyvalentes fonctionnelles
3	Autonomisation économique locale	Identification et aménagement de 5 parcelles communautaires	ONG APADE / Direction Régionale de l'Agriculture	Groupements, Associations de femmes, autorités locales, STD Eau, agriculture	Mois 2-5	30 000 000	Identifier ou mettre en place des groupements ou associations de femmes disposant de lopins de terre ou les en octroyer avec l'appui des autorités locales et mettre en valeur	5 parcelles identifiées et mises en valeur

N°	Étapes	Activités	Responsables	Acteurs/Partenaires associés	Délais/Échéances	Coût de l'activité en FCFA	Stratégie de mise en œuvre	Indicateurs de succès
							les parcelles (réalisation de forages ou puits maraichers, ...)	
		Formation de 100 personnes (80 femmes 20 hommes) en techniques agroécologiques et en maraîchage (compostage, culture en sac, irrigation goutte-à-goutte)	ONG APADE / Direction Régionale de l'Agriculture	Groupements, Associations de femmes/STD Agriculture	Mois 2-3	2 000 000	Sessions de formation pratiques + kits	100 personnes formées et équipées
		Formation de 100 ménages (2 personnes par ménage) en élevage familial durable	ONG APADE / Direction Régionale de l'Elevage	Ménages/STD Elevage	Mois 2-3	2 000 000	Sessions de formation pratiques + kits	200 personnes formées et équipées
		Formation 100 femmes en transformation de produits locaux et équipement	ONG (APADE)	Groupements, Associations de femmes/STD Environnement	Mois 2-3	10 000 000	Sessions de formation pratiques + kits (matériel + du cash)	100 formées et équipées
		Acquisition et distribution de semences nutritives : moringa, niébé patate douce à chair orange, légumes à feuilles	ONG (APADE)	Ménages/STD Agriculture, Environnement	Mois 4	10 000 000	Les 5 groupements ou associations de femmes reçoivent chacun des semences nutritives, des plants, des boutures de patates et de légumes à feuilles pour leur parcelle	Les 5 groupements ou associations de femmes sont dotés
		Acquisition et distribution de chèvres ou moutons et de poules à 100 ménages	ONG (APADE)	Ménages, STD Elevage	Mois 4	15 000 000	Chaque ménage reçoit 3 chèvres ou moutons (2 femelles et 1 mâle) + 8 poules et 2 coqs	100 ménages sont dotés
		Création de 5 magasins de stockages sécurisés de céréales (magasins et approvisionnements)	ONG APADE	Groupements et associations de femmes ménages, STD Agriculture	Mois 5-7	25 000 000	Construire 5 magasins au profit des groupements pour le stockage des céréales	5 magasins créés et approvisionnés
		Octroi de crédit céréalier	ONG APADE	Groupements et associations de femmes ménages, STD Agriculture	Mois 8	5 000 000	Les ménages en difficultés pourront venir s'approvisionner à crédit	Le crédit céréalier est effectif

N°	Étapes	Activités	Responsables	Acteurs/Partenaires associés	Délais/Échéances	Coût de l'activité en FCFA	Stratégie de mise en œuvre	Indicateurs de succès
		Mise en place de 20 GASPA	ONG APADE / ASBC	Femmes, CSPS	Mois 2	10 000 000	Sélection et mobilisation des mères, formation des animateurs	20 GASPA fonctionnels
4	Amélioration de l'accès à l'eau et à l'assainissement	Distribution de 800 kits WASH	ONG APADE	Donateurs, CSPS	Mois 3	24 000 000	Achat et distribution ciblée (kits de 30 000 FCFA)	800 ménages dotés
		Mise en place et formation de 10 CAV/Q de 6 personnes sur les bonnes pratiques d'hygiène et l'ATPC et équipement	ONG APADE	Communautés STD Eau	Mois 3-4	3 500 000	Sessions de formation pratiques sur lavage des mains (moments clés et techniques) et l'ATPC en situation d'urgence	60 relais communautaires formés et équipés
		Réalisation de 5 forges et réhabilitation de 10 forages	ONG APADE	STD (Eau, Santé) délégations spéciales	Mois 4-6	55 000 000	Diagnostic technique + réalisation et réhabilitation participative avec possibilité de transformation en PEA ou AEPS pour l'amélioration du service	5 nouveaux forages réalisés et 10 forages réhabilités
		Mise en place et formation de 15 Comités de Gestion (COGES) et équipement	ONG APADE	STD Eau délégations spéciales, CSPS, communautés	Mois 5	2 000 000	Organiser les bénéficiaires pour assurer la continuité du service et garantir la pérennité des ouvrages	15 COGES mis en place, formés et équipés
		Formation des membres des COGES et des relais communautaires sur les techniques de traitement de l'eau (filtration, ébullition, chloration, ...) et la fabrication locale de DLM	ONG APADE	COGES, relais communautaires, STD Eau	Mois 5	2 500 000	Sessions pratiques de formation + kits	COGES et relais communautaires formés et équipés
		Session d'information et de sensibilisation sur le Plan de Gestion de la Sécurité Sanitaire de l'Eau (PGSSE)	ONG APADE	Délégations spéciales, communautés, COGES, CAV/Q, STD (Eau, Santé)	Mois 7	2 000 000	Atelier d'information et de sensibilisation avec des sorties terrain	Atelier tenu
		Construction de 15 nouvelles latrines et réhabilitation de 10 latrines communautaires et institutionnelles munies de DLM	ONG APADE	STD Eau délégations spéciales, CSPS, communautés	Mois 4-7	27 500 000	Diagnostic technique + réalisation et réhabilitation participative	25 latrines opérationnelles
		Recyclage/formation de 25 agents de santé sur la Prévention et le Contrôle	ONG APADE / Direction	Districts sanitaires, CSPS, STD Eau	Mois 6	3 000 000	Sessions pratiques de formation	25 agents de santé outillés

N°	Étapes	Activités	Responsables	Acteurs/Partenaires associés	Délais/Échéances	Coût de l'activité en FCFA	Stratégie de mise en œuvre	Indicateurs de succès
		des Infections (PCI) et la gestion des déchets	Régionale de la Santé					
		Construction de 5 incinérateurs, réhabilitation de 5 incinérateurs et construction de 5 zones d'assainissement	ONG APADE / Direction Régionale de la Santé	Délégations spéciales, districts sanitaires CSPS, communautés	Mois 6-7	17 000 000	Diagnostic technique + réalisation et réhabilitation participative	10 incinérateurs fonctionnels
		Construction de 5 fosses septiques pour l'évacuation des liquides biologiques et des placentas dans les centres de santé	ONG APADE / Direction Régionale de la Santé	Communautés STD santé, entreprises,	Mois 6-7	5 000 000	Diagnostic technique + réalisation et participative	5 fosses septiques construites et fonctionnelles
		Introduction de la WASH FIT dans 10 centres de santé	ONG APADE	STD (Santé, Eau), districts sanitaires, CSPS, communautés	Mois 8	2 000 000	Présentation de l'outil WASH FIT dans les centres de santé ciblés et constitution des équipes WASH FIT	10 centres de santé informés et sensibilisés sur l'outil WASH FIT
5	Sensibilisation et changement de comportement	Tenue de 5 causeries éducatives sur la promotion de l'allaitement maternel exclusif (0-6mois) et diversification alimentaire après 6 mois	ONG APADE	Districts sanitaires, CSPS, ASBC, FEFA, communautés	Mois 3-5	5 000 000	Echanges avec des femmes sur les pratiques nutritionnelles et comment les améliorer	5 causeries éducatives tenues
		Démonstrations culinaires mensuelles	ASBC / GASPA	CSPS, femmes leaders	Mois 4-10	5 000 000	Animation par GASPA avec ingrédients locaux	6 séances/mois dans chaque commune
		Élaboration et diffusion de spots en langues locales sur les bonnes pratiques d'hygiène, d'assainissement et nutritionnels	ONG APADE / radios communautaires	Autorités locales, Leaders communautaires, STD Eau, Santé	Mois 3-6-10	750 000	40 diffusions par mois sur 3 mois	120 diffusions réalisées
		Préparer et animer de 3 émissions radios interactives	ONG APADE / radios communautaires	Leaders religieux et coutumiers, STD (Eau, Santé)	Mois 3-6-10	1 000 000	3 émissions interactives +3 rediffusions	6 émissions diffusées
		Organiser et tenir 5 théâtres forums	ONG (APADE)	Autorités locales, Leaders communautaires, STD Eau, Santé, troupes théâtrales	Mois 6-10	2 250 000	Prestation d'une troupe théâtrale en plein air ou en salle avec interaction avec le public	5 théâtres forums réalisés

N°	Étapes	Activités	Responsables	Acteurs/Partenaires associés	Délais/Échéances	Coût de l'activité en FCFA	Stratégie de mise en œuvre	Indicateurs de succès
6	Suivi et évaluation participatif	Suivi mensuel, évaluation trimestrielle et ajustements	ONG APADE (Equipe M&E)	Communes, bailleurs, STD Eau, Santé, Action Humanitaire, Education	Mois 6-12	6 000 000	Collecte de données par KoboToolBox + supervision	Rapports mensuels produits
		Rapport final + capitalisation	ONG APADE	Communes, STD (Santé, Eau, Agriculture, Education, Action Humanitaire), bailleurs	Mois 12	2 000 000	Atelier de restitution, diffusion des résultats	Rapport partagé et diffusé

Le coût estimatif du plan d'action est de 314 000 000 FCFA. Ce montant reste une indication et doit être mis à jour au temps opportun.

CONCLUSION

L'approche intégrée WASH et Nutrition a montré un potentiel important pour améliorer l'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes et allaitantes dans les zones à accès difficile du Burkina Faso. Le projet mis en œuvre dans les communes de Gourcy, Thiou, Titao et Yako a permis de répondre de manière innovante à la crise nutritionnelle, tout en combinant les interventions en eau, assainissement, hygiène et nutrition. Cette approche a non seulement réduit la malnutrition aiguë dans les zones ciblées, mais a également contribué à améliorer les conditions sanitaires et de vie des communautés les plus vulnérables.

Les résultats obtenus ont permis d'observer des effets positifs dans plusieurs domaines :

- ✚ L'amélioration de l'accès à l'eau potable et aux infrastructures sanitaires a favorisé une réduction des maladies hydriques, principalement la diarrhée, et a contribué à l'amélioration de l'absorption des nutriments par les enfants malnutris.
- ✚ Les interventions nutritionnelles ont renforcé la capacité des structures de santé et des acteurs communautaires à dépister, traiter et prévenir la malnutrition aiguë. La mise en place d'approches communautaires telles que la stratégie PB/mère a également amélioré la couverture et l'efficacité des services de nutrition.
- ✚ Les synergies entre les activités WASH et nutrition ont démontré leur efficacité pour lutter contre la malnutrition en traitant simultanément les causes sous-jacentes et directes, réduisant ainsi la vulnérabilité des enfants et des femmes.

Nous recommandons la présentation des résultats obtenus dans le cadre de cette étude aux clusters WASH, Santé et Sécurité Alimentaire de la région du Nord et au niveau national afin qu'ils soient appréciés par d'autres acteurs.

Cependant, la mise en œuvre de ce projet a aussi révélé plusieurs défis, notamment les obstacles liés au contexte sécuritaire, à la logistique, et à la résistance culturelle. Ces défis ont nécessité des adaptations continues et une collaboration étroite avec les autorités locales et les communautés. Malgré ces difficultés, les résultats positifs montrent que des approches intégrées sont non seulement viables, mais également nécessaires pour répondre aux crises nutritionnelles dans les contextes humanitaires complexes.

Une des solutions pour pérenniser l'impact du projet sur les communautés ciblées est de renforcer la résilience ou l'autonomie communautaire pour assurer un accès durable et décentralisé à la prévention et à la prise en charge de la malnutrition. D'un coût estimatif de

314 000 000 FCFA ; cette solution serait une perspective pour les futures interventions dans des zones et situations similaires.

Dans un contexte marqué par des crises de plus en plus prolongées, exacerbées par des risques climatiques croissants (sécheresses, inondations, tempêtes, vagues de chaleur) le nexus humanitaire-développement se définit comme la solution cohérente et efficiente. Une approche qui vise à mieux articuler les interventions humanitaires et les actions de développement pour répondre plus efficacement à ces crises prolongées, aux fragilités chroniques et aux besoins des populations vulnérables. Avec un accent particulier sur la localisation qui consiste à donner aux acteurs locaux tels que les communautés, les organisations de la société civile et les autorités locales un rôle plus important dans la planification, la mise en œuvre et la gestion des interventions humanitaires et de développement. Cette localisation aura pour avantage de renforcer la confiance, la cohésion sociale, l'appropriation locale, la durabilité des actions et la capacité de réponse des communautés face aux crises.

Cette étude a démontré que l'intégration des interventions WASH et Nutrition dans les zones à accès difficile peut non seulement améliorer l'état nutritionnel des populations vulnérables, mais aussi renforcer la résilience des communautés face aux crises futures. Il est impératif de capitaliser sur ces approches et de les adapter aux réalités locales pour garantir un impact durable dans les interventions humanitaires.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ACF. Juillet 2017. BABY WASH ET LES 1 000 JOURS. INTERVENTIONS PRATIQUES POUR LA REDUCTION DE LA SOUS-NUTRITION CHRONIQUE. Contribution à la réduction de la malnutrition par une approche multisectorielle. 52 pages.

APADE. 2022. Fiche de référence du « Projet de réponses à l'urgence nutritionnelle dans les zones à accès difficile dans la région du Nord ». 4 pages

APADE. 2023. Rapport de l'évaluation CAP base line du « Projet de réponses à l'urgence nutritionnelle dans les zones à accès difficile dans la région du Nord », dans les communes de Gourcy, Thiou, Titao et Yako. 44 pages.

APADE. 2023. Bilan des réalisations du « Projet de réponses à l'urgence nutritionnelle dans les zones à accès difficile dans la région du Nord ». 9 pages.

Fanta TOURE/DIOP. 2023-2024, cours de WASH-Nut, Institut 2iE.

IPC. Août 2022. NUTRITIONAL SITUATION IN 31 PROVINCES AND 6 MUNICIPALITIES FOR 2022-2023. 5 pages.

INSD. Décembre 2022. RESULTATS DU CINQUIEME RECENSEMENT GENERAL DE LA POPULATION ET DE L'HABITATION. Monographie de la région du Nord. 194 pages.

Ministère de la Santé. 2025. Rapport définitif de l'enquête nutritionnelle nationale 2024. 87 pages.

Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. 2022. Rapport final de l'enquête nutritionnelle nationale 2022. 92 pages.

OCHA. 2023. BURKINA FASO : Aperçu des personnes déplacées internes. 2 pages. UNOCHA

SP/CONASUR. 2023. Enregistrement des personnes déplacées

Le manuel Sphère, 2018. La Charte humanitaire et les Standards minimums de l'intervention humanitaire.

UNICEF. 2022. STRATEGIE WASH – NUTRITION AFRIQUE DE L'OUEST ET DU CENTRE. Pour maximiser l'impact des projets de lutte contre la malnutrition grâce aux interventions du secteur Eau, Hygiène, Assainissement. 49 pages.

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire WASH

N°	Questions
Identification	
1	Commune
2	Quel est le sexe du chef de ménage ?
3	Quel est l'âge du chef de ménage (en années) ?
4	Activité principale du chef de ménage
5	Combien d'hommes compte votre ménage ?
6	Combien de femmes compte votre ménage ?
7	Combien d'enfant filles de moins de 18 ans compte votre ménage ?
8	Combien d'enfant garçons de moins de 18 ans compte votre ménage ?
9	Quel est le nombre total de membres au sein du ménage ?
CAP en matière de gestion de l'eau	
10	N'avez-vous jamais entendu parler de la chaine de l'eau potable ?
11	Si oui, s'il te plait liste les étapes dans la chaine de l'eau potable :
12	Est-ce que vous avez reçu des Sensibilisations ou des messages sur la chaine de l'eau potable et comment le pratiquer ?
13	Quelle est votre source principale d'eau de boisson ?
14	Quel est le temps de marche (en minutes) pour la collecte d'eau ?
15	Quel est le temps passé (en minutes) au point d'eau ?
16	Source de collecte secondaire d'eau
17	La quantité d'eau couvre-t-elle vos besoins quotidiens ?
18	Comment connaissez-vous la potabilité de l'eau ?
19	Traitez-vous l'eau avant de consommer ?
20	Quelle est la personne responsable de la collecte d'eau ?
21	Quelles sont les difficultés liées à la collecte d'eau ?
22	Combien de récipients possédez-vous pour collecter ou conserver l'eau utilisée à des fins domestiques par votre ménage ?
23	Quel est le type de récipient ?
24	Quel est le volume (en litre) du récipient ?
25	Le récipient est-il couvert ?
CAP en matière d'assainissement	
26	Où vous et les membres de votre ménage (à l'exception des enfants de moins de 5 ans) allez-vous habituellement faire vos besoins ?
27	Y a-t-il de danger lors des besoins (défécations) ?
28	Avez-vous accès à une latrine ?

29	Si oui, est-elle propre (prendre photo de la latrine intérieur et extérieur) ?
30	Combien de personnes utilisent les latrines ?
31	Où vos enfants (de moins de 5 ans) font leurs besoins ?
CAP en matière d'hygiène	
32	Quels sont les moments critiques du lavage des mains ?
33	Qu'utilisez-vous habituellement pour laver les mains ?
34	Depuis hier à la même heure, combien de fois aviez-vous lavé vos mains avec du savon ?
35	Est-ce qu'il y a des installations pour lavez les mains après avoir utilisé les latrines ?
36	Est-ce que vous êtes capables de nettoyer votre environnement direct et jeter les déchets dans les fosses ?
37	OBSERVATOIRS : est ce qu'il y a des déchets autour de la maison
Pratiques d'hygiène et de santé	
38	Quels types de séances pensez-vous sont les meilleurs pour en savoir plus sur les pratiques d'hygiène et prévention de diarrhée ?
39	D'après vous, comment peut-on attraper la diarrhée ? (Ne pas citer les propositions, plusieurs réponses possibles)
40	Pouvez-vous lister 5 méthodes de prévention de la diarrhée ?
41	Dans ces dernières semaines, y a eu de cas de diarrhée dans le ménage ?
42	Dans ces dernières semaines, y a eu de cas de diarrhée dans le ménage pour les enfants de 0 à 23 mois
43	Dans ces dernières semaines, y a eu de cas de diarrhée dans le ménage pour les enfants de 2 à 5 ans ?
44	Dans ces dernières semaines, y a eu de cas de diarrhée dans le ménage pour les enfants de 5 à 18 ans ?
45	Dans ces dernières semaines, y a eu de cas de diarrhée dans le ménage pour les femmes de 18 ans et plus ?
46	Dans ces dernières semaines, y a eu de cas de diarrhée dans le ménage pour les hommes de 18 ans et plus ?
47	Quels types de solutions proposez-vous en vue de l'amélioration des conditions d'accès aux infrastructures et services d'eau, d'hygiène et d'assainissement dans votre localité.

Annexe 2 : Questionnaire ANJE

N°	Questions
Caractéristique sociodémographique pour la gardienne de l'enfant	
	Commune
	N° du ménage
	Nom et Prénom du chef de ménage
	Nom et Prénom de la mère ou gardienne d'enfant
	Prénom de l'enfant
	Date de naissance de l'enfant
	Age en mois de l'enfant
	Sexe :
	Quel est votre lien de parenté avec l'enfant ?
	Quel âge avez-vous ?
	Combien d'enfant avez-vous ?
	Rang de l'enfant dans la fratrie
	Quel est votre niveau d'instruction
Consommation alimentaire du ménage	
Score de consommation alimentaire	
1	Combien de jours sur les 7 derniers avez-vous consommé : Céréales (maïs, mil, sorgho, riz, pain, autres) et tubercule (manioc, pomme de terre, patate douce, ...)
2	Combien de jours sur les 7 derniers avez-vous consommé : Légumes secs (haricot, poid, arachide coque, noix d'acajou)
3	Combien de jours sur les 7 derniers avez-vous consommé : Légumes (légumes condiments, légumes feuille, tomates, oignon, chou, carotte, gombo, feuilles de moringa, salade, etc)
4	Combien de jours sur les 7 derniers avez-vous consommé : Fruits
5	Combien de jours sur les 7 derniers avez-vous consommé : Lait (lait, yaourt, autres produits laitiers)
6	Combien de jours sur les 7 derniers avez-vous consommé : Sucre (sucre et produits sucrés)
7	Combien de jours sur les 7 derniers avez-vous consommé : Huiles, matières grasses et beurre
Diversité alimentaire	
8	Durant les 7 derniers jours avez-vous consommé : céréales
9	Durant les 7 derniers jours avez-vous consommé : tubercules
10	Durant les 7 derniers jours avez-vous consommé : légumes secs
11	Durant les 7 derniers jours avez-vous consommé : légumes feuilles
12	Durant les 7 derniers jours avez-vous consommé : fruit
13	Durant les 7 derniers jours avez-vous consommé : viande
14	Durant les 7 derniers jours avez-vous consommé : poisson
15	Durant les 7 derniers jours avez-vous consommé : lait
16	Durant les 7 derniers jours avez-vous consommé : sucre

17	Durant les 7 derniers jours avez-vous consommé : huile
Connaissances alimentation du nourrisson et du jeune enfant	
18	Quelle est la première nourriture qu'un nouveau-né doit recevoir ?
19	Est-ce que vous savez comment on doit nourrir un enfant de moins de 6 mois ?
20	Selon vous, comment doit-on nourrir un enfant de moins de 6 mois ?
21	Combien de temps après la naissance un bébé ne doit recevoir que le lait maternel ?
22	Pourquoi le lait maternel à lui seul suffit pour nourrir le bébé jusqu'à 6 mois ?
23	Combien de fois un bébé de moins de 6 mois doit être allaité ou doit recevoir du lait maternel par jour (en 24 heures) ?
24	Quels sont les avantages pour un enfant de moins de 6 mois s'il ne reçoit que du lait maternel ?
25	Quels sont les avantages de l'allaitement exclusif pour la mère (physiquement et sur le plan de la santé) ?
26	Souvent les mères se plaignent de n'avoir pas suffisamment de lait pour leur bébé. S'il vous plaît, dites-moi comment une mère peut-elle faire pour avoir suffisamment de lait pour son bébé ?
27	Beaucoup de femmes doivent travailler et sont souvent séparés de leurs enfants. Dans cette situation, comment une mère peut-elle continuer à alimenter son enfant uniquement avec du lait maternel ?
28	Si une mère a des difficultés pour allaiter son enfant que peut-elle faire pour surmonter cela ?
29	Quels sont les besoins clés de l'enfant pour avoir un développement psychomoteur optimal ?
Attitudes	
30	Pensez-vous qu'il est bien d'allaiter exclusivement votre bébé jusqu'à l'âge de 6 mois ?
31	Si pas bien, pouvez-vous me donner les raisons ?
32	Pensez-vous qu'il est difficile pour vous d'allaiter exclusivement votre bébé jusqu'à 6 mois ?
33	Si difficile, pouvez-vous me donner les raisons qui font que c'est difficile ?
34	Pensez-vous qu'il est bien d'allaiter votre bébé à sa demande ?
35	Si pas bien, pouvez-vous me donner les raisons ?
36	Est-il difficile pour vous d'allaiter votre enfant à la demande ?
37	Si difficile, pouvez-vous me donner les raisons qui font que c'est difficile ?
38	Vous sentez-vous en mesure d'allaiter votre bébé ? (Connaissance, volonté et contraintes intrinsèques)
39	Si pas en mesure, pouvez-vous me donner les raisons ?
40	Vous sentez-vous capable d'exprimer votre lait pour qu'une autre personne puisse nourrir votre bébé ?
41	Si pas capable, pouvez-vous me donner les raisons ?
Pratiques alimentation des jeunes enfants de 6-23 mois	
42	Est-ce que (prénom) a-t-il bénéficié du premier lait de couleur jaunâtre juste après votre accouchement ?
43	Combien de temps après sa naissance (Prénom) a été mis au sein la première fois ?
44	Prénom a-t-il été allaité hier ?
45	Est-ce que (prénom) a-t-il bénéficié d'une stimulation cognitive ? ex : jeux avec des jouets, montrer des objets à l'enfant, montrer à l'enfant les personnes de son entourage en les nommant, montrer à l'enfant des gestes à faire
46	Est-ce que (prénom) a-t-il bénéficié de la fortification à domicile avec de la poudre des micronutriments ?
47	(Prénom) a-t-il été allaité ou a-t-il consommé du lait maternel hier durant le jour ou la nuit ?

48	Maintenant j'aimerais savoir les liquides et aliments que (prénom) a consommé hier durant le jour ou la nuit
49	Ne pas prendre en compte des aliments consommés à très faible quantité.
50	Combien de fois (Prénom) a consommé des aliments solides, semi-solides hier durant le jour et la nuit ?
51	Si le nombre est supérieur à 7 écrivez néanmoins 7.
52	(Pour cette question demander ce que l'enfant a mangé le matin, à midi et le soir. Demandez également si l'enfant n'a pas pris d'autres aliments entre les repas)
53	Pendant combien de temps est-il recommandé qu'une femme allaite son enfant ?
54	A quel âge un bébé doit commencer à prendre des compléments alimentaires en plus du lait maternel ?
55	Pourquoi est-il important de donner des compléments alimentaires à l'enfant à partir de 6 mois ?
56	(Souligner les réponses apportées par la femme)
57	Quels types de solutions proposez-vous en vue de l'amélioration de l'état nutritionnel des enfants et prévenir ainsi la malnutrition ?
Santé des enfants	
58	Nom souffre t'il d'une maladie ?
59	Si oui de quoi souffre t-il ?
60	Si non est il déjà tombé malade ?
61	Si oui de quelle maladie ?
62	Nom vie t il avec un handicap ?
63	Si oui lequel ?
Alimentation de la femme enceinte	
64	Comment doit s'alimenter une femme enceinte comparativement à une femme normale pour avoir une bonne nutrition et permettre un bon développement de son enfant ?
65	Comment doit s'alimenter une femme allaitante comparativement à une femme non allaitante pour avoir une bonne santé et produire suffisamment de lait ?
66	La plupart des femmes prennent des médicaments pendant leur grossesse, quels types de médicaments avez-vous pris pendant la grossesse ?
67	Pouvez-vous me dire pourquoi il est important de prendre le fer pendant la grossesse ?
68	Lorsqu'une femme enceinte est malnutrie, elle est à risque de faire un enfant de faible poids. Quels sont les risques que court ce bébé en termes de santé ?
69	Il est recommandé qu'une femme attende 2 à 3 ans avant de tomber à nouveau enceinte. S'il vous plait pouvez-vous me dire pourquoi cela est recommandé ?

Annexe 3 : Questionnaire au niveau des structures sanitaires

N°	Questions
	Caractéristiques du centre
1	Région
2	District sanitaire
3	Commune
4	Type de formation sanitaire : Dispensaire isolé, maternité isolé, CSPS, CM, CMA, CHR, CHU
5	Nom de la formation sanitaire
6	Nom du répondant
7	Contact du répondant
8	Profession du répondant : Médecin, Attaché de santé, IDE, SFE/ME, AB, IB, AIS, AA, ASC, Gérant, PEP, Pharmacien
	Questionnaire intrant/médicaments/matériel médicotechnique
9	Quels sont les outils utilisés dans la lutte contre la malnutrition que vous disposez dans votre structure (fiches, registre, carte, boîte à images, logiciels, vidéo, audio, affiches, etc.) ?
10	Comment faites-vous l'approvisionnement des intrants dans votre formation sanitaire ?
11	Quels sont les médicaments utilisés dans la lutte contre la malnutrition que vous disposez dans votre structure ?
12	Quels sont les difficultés que vous rencontrez dans l'approvisionnement en médicaments entrant dans la lutte contre la malnutrition ?
13	Quels sont les autres intrants utilisés dans la lutte contre la malnutrition que vous disposez dans votre structure ?
14	Existent-ils des ruptures d'intrants utilisés dans la lutte contre la malnutrition dans votre structure ?
15	Si Oui, comment appréciez-vous ces ruptures d'intrant ? Rare, parfois, fréquent Quels sont les difficultés que vous rencontrez dans l'approvisionnement des autres intrants entrant dans la lutte contre la malnutrition ?
16	Existent-ils des cas de mauvaise utilisation des intrants de la lutte contre la malnutrition par les clients ?
17	Si Oui, comment appréciez-vous l'envergure de la mauvaise utilisation des intrants de la lutte contre la malnutrition par les clients ? Rare, parfois, fréquent
18	Quel est le matériel utilisé dans la lutte contre la malnutrition que vous disposez dans votre structure ?
19	Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans l'approvisionnement en matériel utilisé dans la lutte contre la malnutrition ?
20	Quels types de solution proposez-vous pour améliorer la qualité de l'approvisionnement et gestion des médicaments/intrants/matériel entrant dans le cadre de la lutte contre la malnutrition dans votre structure ?

21	Combien d'enfants malnutris aigus de moins de 5 ans ont été dépistés et pris en charge dans votre formation sanitaire de janvier 2024 à maintenant ?
22	Combien d'enfants malnutris aigus de moins de 5 ans ont été dépistés et pris en charge avec la participation des agents de santé à base communautaire (ASBC) de janvier 2024 à maintenant ?
23	Combien de naissance de 0 à 23 mois avez-vous recensez dans votre CSPA (depuis début 2024 à aujourd'hui) ?
24	Combien de décès d'enfant de 0 à 23 avez-vous recenser au cours des deux dernières années (depuis début 2024 à aujourd'hui) ?
25	Quelles sont les maladies les plus fréquents chez les enfants de votre zone ?
26	Quelles sont celles qui sont à la base des décès constatés ?

Annexe 4 : Guide d'entretien des ASBC

N°	Identification
	Date de tenue de la discussion
	Nom et prénom de l'enquêteur
	Région
	Province
	District sanitaire
	Commune
	Village
	Nom et prénom de l'ASBC
	Niveau de scolarisation : Primaire, Secondaire (Lycée), Supérieur (Université), Aucun
Questions	
1	Quel est le matériel (bandelette de Shakir ou PB, etc.) utilisé dans la lutte contre la malnutrition que vous disposez dans votre structure ?
2	Avez-vous des difficultés pour renouveler le matériel utilisé dans la lutte contre la malnutrition ?
3	Quels sont les outils utilisés dans la lutte contre la malnutrition que vous disposez (fiches, registre, carte, boîte à images, logiciels, vidéo, audio, affiches, etc.) ?
4	Avez des difficultés pour renouveler les outils utilisés dans la lutte contre la malnutrition ?
5	Quels sont les médicaments utilisés dans la lutte contre la malnutrition que vous disposez ?
6	Quels sont les autres intrants (Plumpy Nut, farines infantiles, etc.) utilisés dans la lutte contre la malnutrition que vous disposez ?
7	Existent-ils des ruptures d'intrants utilisés dans la lutte contre la malnutrition dans la structure sanitaire dont relève votre village ?
8	Si Oui, comment appréciez-vous ces ruptures d'intrant ? Rare, parfois, fréquent
9	Existent-ils des cas de mauvaise utilisation des intrants (Plumpy Nut, farines infantiles etc.) de la lutte contre la malnutrition par les bénéficiaires ?
10	Si Oui, comment appréciez-vous l'envergure de la mauvaise utilisation des intrants de la lutte contre la malnutrition par les bénéficiaires ? Rare, parfois, fréquent
11	Combien d'enfants malnutris aigus de moins de 5 ans que vous avez dépisté et pris en charge par votre structure sanitaire de janvier 2024 à maintenant ?
12	Quels types de solution proposez-vous pour renforcer votre contribution dans le dépistage et la prise en charge des enfants malnutris aigus ?
13	Avez-vous déjà entendu parler des groupes d'apprentissage et de suivi des pratiques d'alimentation et du jeune enfant (GASPA) ?
14	Si oui, combien de GASPA sont mis en place et fonctionnels dans votre zone ?
15	Combien de naissance de 0 à 23 mois avez-vous recensez dans votre zone (depuis début 2024 à aujourd'hui)

16	Combien de décès d'enfant de 0 à 23 avez-vous recenser au cours des deux dernières années (depuis début 2024 à aujourd'hui) ?
17	Quelles sont les maladies les plus fréquents chez les enfants de votre zone ?
18	Quelles sont celles qui sont à la base des décès constatés ?
19	Quelles sont les difficultés rencontrées dans l'exercice de votre travail ?

Annexe 5 : Guide de focus group de femmes

N°	Identification
	Date de tenue de la discussion
	Nom et prénom de l'enquêteur
	Région
	Province
	District sanitaire
	Commune
Procédure	
	Renseigner la liste de présence avec Nom, âge des participants, nombre d'enfants de moins de 5 ans de chaque femme
	S'assurer que tous les répondants aient donné leur consentement
	Collecter les informations démographiques individuelles de chaque participant
	Installer confortablement le groupe en forme de cercle pour que chacun les uns et les autres se regardent face à face
	Vérifier l'appareil d'enregistrement (dictaphone) par le preneur de notes et lui demander de s'approprier pour la prise de notes
	La discussion devrait être menée comme une conversation, de sorte que chaque question découle de la réponse de la précédente. Tous les sujets doivent être abordés lors de la discussion. Des questions pour approfondir les réponses devraient être formulées en fonction de la discussion. Bien que cela soit le type d'information que nous voulons collecter, la façon dont vous posez les questions et le suivi dépendront du flux de la conversation
	Faire attention au langage corporel des participants pour accorder des pauses, au besoin
Introduction	
	Je m'appelle, je suis là dans le cadre de l'évaluation projet de prévention la malnutrition chez les enfants et les femmes
Questions	
1	Que pouvez-vous nous dire sur la nutrition des mères, des femmes enceintes et des enfants (0 à 6 mois, 6 à 23 mois) dans votre communauté (Disponibilité, accessibilité, pratiques d'alimentation, défis) ?
2	Y a-t-il des activités ou des services de nutrition pour les femmes enceintes ou allaitantes, les enfants de moins de 2 ans et les adolescents en cours dans votre communauté en ce moment ?
3	Pouvez-vous nous citer ces structures ou services de nutrition ?
4	Pouvez-vous expliquer comment ces services/activités de nutrition vous aident ?
5	La participation à ces activités a-t-elle fait une différence pour vous ?
6	Qu'est-ce qui ne vous a pas plu dans les activités/services de nutrition ?
7	Comment la nourriture est-elle distribuée dans les ménages ?

8	Prise en charge traditionnelle de la nouvelle accouchée et du nouveau-né. (selon vos pratiques coutumières, quels sont les premiers soins administrés à la nouvelle accouchée et au nouveau-né ? Pourquoi ces soins ? Quelles sont les personnes sollicitées pour donner ces soins ?)
9	Alimentation des bébés/nourrissons de la naissance jusqu'à 6 mois (selon vos coutumes, préciser les types de boissons données à l'enfant dès sa naissance en plus du lait maternel. Pourquoi ces boissons ?)
10	Période idéale pour l'introduction des aliments solides dans l'alimentation de l'enfant (Ici dans votre localité, à quel âge doit-on introduire les aliments de compléments ? Pourquoi à ce moment-là ? Comment cela se fait ? Cela dépend-il du sexe de l'enfant ?)
11	Interdits alimentaires pour un enfant de moins de 2 ans (Ici dans votre localité, existent-ils des aliments qui sont interdits aux enfants de moins de 2 ans ? Préciser les aliments qu'il ne peut pas consommer, et pourquoi ?)
12	Connaissances sur le lait maternel (Y a-t-il un âge où l'enfant ne doit plus prendre le lait maternel ? pensez-vous que le lait maternel à lui seul peut suffire à l'alimentation d'un enfant de moins de 6 mois. Si non, pourquoi ?)
13	Rupture avec l'allaitement maternel (Préciser : le moment pendant lequel les mères ou les parents décident de donner de l'eau à leurs enfants, à expliquer, nombre de fois qu'un enfant doit manger selon des tranches d'âge ; le sevrage diffère-t-il selon le sexe de l'enfant)
14	Décision de l'alimentation des enfants dans les ménages (Qui prend généralement la décision de l'alimentation de l'enfant : comment ces décisions sont prises et gérées au niveau du ménage ; sur qui s'appuyer pour un changement de comportement des décideurs).
15	Quelles sont vos sources d'informations en matière de santé ? (ASBC, Radio, télé, mosquée, temple, église, personnel de santé, groupement féminin, Marché etc...)
16	Difficultés rencontrées (Pouvez-vous nous dire les difficultés rencontrées dans votre localité pour une bonne alimentation des enfants de moins de 2 ans?)
17	Les gens paient pour recueillir de l'eau de ces sources ?
18	Combien paient-ils généralement ?
19	Est-ce que le système de la source d'eau tombe souvent en panne ?
20	Qu'est-ce qui se passe quand l'eau de source / système tombe en panne ?
21	Qui est responsable lorsque l'eau de source / système tombe en panne ?
22	Dans la communauté, quelles sont les moyens de traitement de l'eau disponible (bouillir, filtrer, chloration, désinfection, aquatab, eau de Javel) ?
23	Est-ce que les produits sont-ils disponibles dans la communauté ?
24	Quelles sont les différentes sortes de savon ?
25	Pourquoi utilise-t-on les différentes sortes de savons ?
26	Quelles sortes de savon est aimé par les gens ?
27	Quelles sortes de savon n'est pas aimé par les gens ?
28	Quelles sont les types de savon disponible dans les communautés ?
29	Quelles sont selon la communauté l'origine de la diarrhée ?
30	Selon la communauté la diarrhée est transmissible ?
31	Dans les communautés autour d'ici, quelles sont les mois au cours desquels la diarrhée est plus fréquente ?

32	Dans les communautés autour d'ici, quelles sont les gens les plus affectés par la diarrhée ?
33	Dans les communautés autour d'ici, est-ce que les latrines communales sont disponibles dans les lieux publics ?
34	Dans les communautés autour d'ici, qui utilise ces installations ?
35	Qui entretient et nettoie ces installations ?
36	Qui entretient et nettoie ces installations ?
37	Y a-t-il des problèmes avec ces installations ?
38	Les gens aiment ces installations et comment pourraient-ils être améliorés ?
39	Avez-vous d'autres commentaires ou questions à ajouter ? Ajouter les questions sur l'hygiène de la mère lors de la préparation des aliments et lors de l'allaitement.

Annexe 6 : Guide d'entretien adressé à la Direction Régionale de l'eau et de l'Assainissement

I. Identification du ou des répondant (s)

Nom et Prénom de l'évaluateur	
Date et heure d'entretien	
Lieu de l'entretien	
Nom de la Direction/Service	
Noms et prénoms de (s) personne (s) rencontrée (s)	

I. Cadrage avec la politique national en WASH

3.1. Documents de référence au niveau national :

3.2. Documents relatifs au cadre institutionnel de mise en œuvre (coordination) :

II. Lien avec les ODD

Quelles sont vos attentes de cette intervention en lien avec :

Objectif 61. : 6.1: D'ici à 2030, assurer l'accès universel et équitable à l'eau potable, à un coût abordable ?

Objectif 6.3: D'ici à 2030, améliorer la qualité de l'eau en réduisant la pollution, en éliminant l'immersion de déchets et en réduisant au minimum les émissions de produits chimiques et de matières dangereuses, en diminuant de moitié la proportion d'eaux usées non traitées et en augmentant considérablement à l'échelle mondiale le recyclage et la réutilisation sans danger de l'eau :

III. Quels rôles les services techniques de la DREA pourrait apporter lors

- De la conception du projet ?
- de la planification du projet ?
- de la mise en œuvre du projet ?
- et le suivi du projet ?

IV. Accès à l'eau potable et l'assainissement et bonnes pratiques d'hygiène dans la zone du projet

3.1. Niveau de desserte en eau potable (quantité, qualité, accès et disponibilité) des communautés cibles du projet ?

3.2. Niveau d'accès aux ouvrages d'assainissement au niveau des villages, centres de santé et écoles cibles du projet ?

3.3 Selon vous, quelles sont les bonnes pratiques d'hygiène et d'assainissement à promouvoir par le projet ?

3.4 Pouvez-vous donner une estimation du nombre de personnes dans les communes du projet en besoin de :

- accès à l'eau potable ?
- assainissement ?
- Promotion de bonnes pratiques d'hygiène ?

3.5. Comment espérez-vous la prise en compte des besoins spécifiques des femmes, des jeunes (filles, garçons) et des personnes handicapées dans le cadre de la mise en œuvre de ce projet ?

V. Difficultés dans la zone d'intervention du projet

4.1. Quelles sont les principales difficultés dans la zone du projet ?

4.2. Quels sont les différents axes de collaboration espérer par l'équipe du projet ?

4.3. Quels sont les outils et/ou cadre de coordination existant déjà dans la région et avec lequel le projet peut interagir ?

Annexe 7 : Guide d'entretien des leaders communautaire

N°	Identification
	Date de tenue de l'interview
	Nom et prénom de l'enquêteur
	Région
	Province
	District sanitaire
	Commune
	Village
	Nutrition
1	Que pouvez-vous nous dire sur la nutrition des mères, des femmes enceintes et des enfants (0 à 6 mois, 6 à 23 mois) dans votre communauté (Disponibilité, accessibilité, pratiques d'alimentation, défis) ?
2	Y a-t-il des activités ou des services de nutrition pour les femmes enceintes ou allaitantes, les enfants de moins de 2 ans et les adolescents en cours dans votre communauté en ce moment ?
3	Pouvez-vous expliquer comment ces services/activités de nutrition vous aident ?
4	Comment la nourriture est-elle distribuée dans les ménages ?
5	Selon vos pratiques coutumières, quels sont les premiers soins administrés à la nouvelle accouchée et au nouveau-né ?
6	Pourquoi ces soins ?
7	Quelles sont les personnes sollicitées pour donner ces soins ?
8	Selon vos coutumes, quelles sont les types de boissons données à l'enfant dès sa naissance en plus du lait maternel ?
9	Pourquoi ces boissons ?
10	Ici dans votre localité, à quel âge doit-on introduire les aliments de compléments ?
11	Pourquoi à ce moment-là ?
12	Comment cela se fait ?
13	Cela dépend-il du sexe de l'enfant ?
14	Ici dans votre localité, existent-ils des aliments qui sont interdits aux enfants de moins de 2 ans ?
15	Si oui, préciser les aliments qu'il ne peut pas consommer, et pourquoi ?
16	Y a-t-il un âge où l'enfant ne doit plus prendre le lait maternel ?
17	Pensez-vous que le lait maternel à lui seul peut suffire à l'alimentation d'un enfant de moins de 6 mois.
18	Si non, pourquoi ?
19	A quel moment les mères ou les parents décident de donner de l'eau à leurs enfants ?
20	Cela diffère-t-il selon le sexe de l'enfant ?
21	Qui prend généralement la décision de l'alimentation de l'enfant au niveau du ménage ?
22	Sur qui on doit s'appuyer pour un changement de comportement des décideurs ?

23	Quelles sont vos sources d'informations en matière de santé ?
24	Pouvez-vous nous dire les difficultés rencontrées dans votre localité pour une bonne alimentation des enfants de moins de 2 ans ?)
25	Avez-vous d'autres commentaires ou questions à ajouter ?
WASH	
26	Les gens paient pour recueillir de l'eau de ces sources ?
27	Combien paient-ils généralement ?
28	Est-ce que le système de la source d'eau tombe souvent en panne ?
29	Qu'est-ce qui se passe quand l'eau de source / système tombe en panne ?
30	Qui est responsable lorsque l'eau de source / système tombe en panne ?
31	Dans la communauté, quelles sont les moyens de traitement de l'eau disponible (bouillir, filtrer, chloration, désinfection, aquatabs, eau de Javel) ?
32	Est-ce que les produits sont-ils disponibles dans la communauté ?
33	Quelles sont les différentes sortes de savon ?
34	Pourquoi utilise-t-on les différentes sortes de savons ?
35	Quelles sortes de savon est aimé par les gens ?
36	Quelles sortes de savon n'est pas aimé par les gens ?
37	Quelles sont les types de savon disponible dans les communautés ?
38	Quelles sont selon la communauté l'origine de la diarrhée ?
39	Selon la communauté la diarrhée est transmissible ?
40	Dans les communautés autour d'ici, quelles sont les mois au cours desquels la diarrhée est plus fréquente
41	Dans les communautés autour d'ici, quelles sont les gens les plus affectés par la diarrhée ?
42	Dans les communautés autour d'ici, est-ce que les latrines communales sont disponibles dans les lieux publics ?
43	Dans les communautés autour d'ici, qui utilise ces installations ?
44	Qui entretient et nettoie ces installations ?
45	Y a-t-il des problèmes avec ces installations ?
46	Les gens aiment ces installations et comment pourraient-ils être améliorés ?
47	Avez-vous d'autres commentaires ou questions à ajouter ? Ajouter les questions sur l'hygiène de la mère lors de la préparation des aliments et lors de l'allaitement.