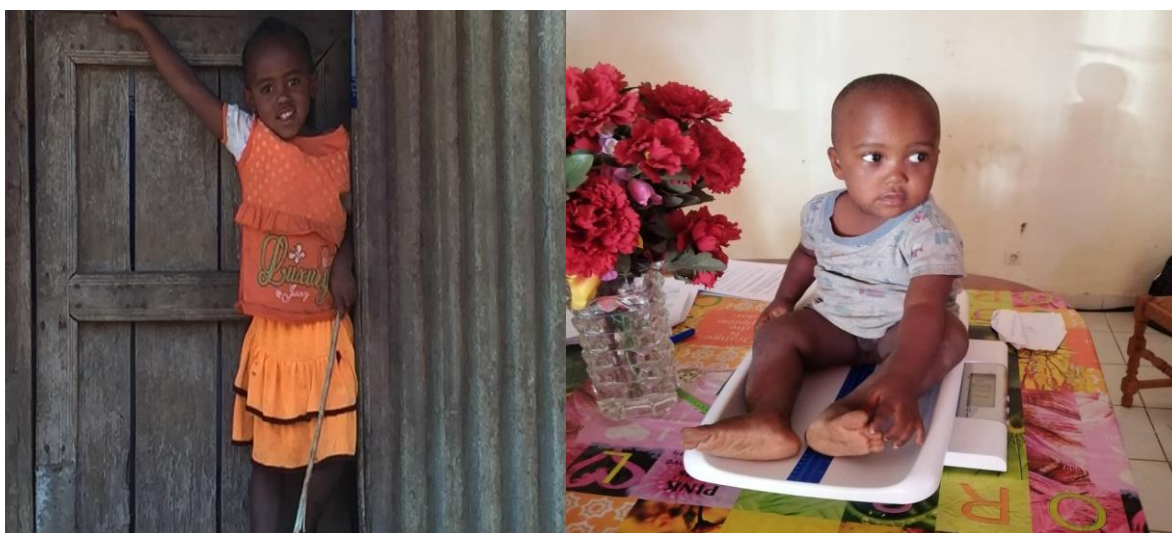




PROJET D'ALIMENTATION DU NOURRISSON ET JEUNE ENFANT (ANJE)



RAPPORT D'ÉVALUATION FINALE

**Version finale
UNION DES COMORES**

**Donateur : Banque mondiale
Période de la subvention 18 décembre 2015 au 30 juin 2019**

**Préparé par Dr AKPO GNANDI Okaté,
Economiste Planificateur, Consultant indépendant**

Août 2019

FICHE DU PROJET ANJE

REFERENCES DU PROJET ANJE	
Durée de la Subvention	3,5 ans (18 décembre 2015 au 30 juin 2019)
Pays bénéficiaire	Comores
Sous composante 2 du Projet	Projet de filet de sécurité sociale (PFSS) des Comores
Composante 2 :	Amélioration de la nutrition des jeunes enfants et des mères dans les communautés pauvres
Programme/Projets de l'UNICEF	Survie et Développement de l'Enfant
Références du donateur	WB D0320-KM
Partenaire de mise en oeuvre du Projet	UNICEF
Numéro du Grant	SC 150722
Montant total de la subvention	USD 1 000 000
Objectif du Projet	L'objectif est d'augmenter l'accès aux services de nutrition dans les communautés pauvres des trois îles ciblées par le PFSS
Couverture géographique	69 villages pauvres répartis entre les trois îles (Ngazidja, Mohéli et Nzouani)
Partenaires	Direction générale de la santé Direction de la santé de Ngazidja Direction de la santé de Mohéli Direction de la Santé de Nzouani Agence Nationale de Conception et d'Exécution des Projets (ANACEP) Caritas Comores Croissant Rouge Comorien UNICEF JICA FAO

**Evaluation finale réalisée par Dr AKPO GNANDI Okaté, Economiste Planificateur
Consultant indépendant, akpognandi@gmail.com akpognandiokate@yahoo.fr**

Tél : 00228 90 10 93 86 ; N° de contrat : 43278348

REMERCIEMENTS

Le Projet ANJE et ce travail d'évaluation d'impact ont été possibles grâce à l'appui technique et financier du gouvernement comorien, de l'UNICEF-Comores, de la Banque Mondiale et de la JICA. Nous remercions sincèrement ces partenaires.

Nous voulons également remercier particulièrement la collaboration et la détermination de la Direction générale de la Santé ; de la Représentante Adjointe de l'UNICEF Dr Marie-Reine Chirezi Fabry ; de la Directrice de la Santé Familiale Dr Thamra Kamardine ; de la Responsable nationale de la Nutrition Mme Famouma Hadj ; du Directeur de la Protection sociale Monsieur Ibrahim Ahamada ; de Dr Ben Aboubacar de l'UNICEF ; de Monsieur Ali Mohamed Ahamada de l'UNICEF ; des DRS de Ngazidja, Nzouani et Moheli (Dr Baraka Hamidou Boina, Dr Mohamed Salim Ben Said Hafi et Dr Djamaldine Mohamed Sambu), de Mme Lidia Ahamada Mmadi (point focal de Ngazidja); de Mme Rahada Abdillahi Aboubacar (point focal Nzouani) ; de Monsieur Bahtine Mouhammad Elmaarouf Responsable suivi évaluation à l'ANACET ; de Mr Ansufoudine Boura (Responsable Nutrition à la DRS de Moheli), de Mme Fatima Abdou Ahmed (Point focal Nutrition à la DRS de Moheli); tous les agents de collecte et de saisie des données ; les chefs, les parents et les enfants des villages enquêtés.

TABLE DES MATIERES

FICHE DU PROJET ANJE	1
REMERCIEMENTS	2
TABLE DES MATIERES.....	3
SIGLES ET ABREVIATIONS	5
LISTE DES FIGURES	6
LISTE DES GRAPHIQUES	6
LISTE DES ANNEXES	6
RESUME EXECUTIF	7
INTRODUCTION.....	10
I. Contexte général de mise en œuvre du Projet des filets sociaux et de sécurité....	11
1.1 Géographie des Comores.....	11
1.2 Économie	11
1.3 Population	11
1.4 Système de santé	12
1.4.1 Organisation du système de santé	12
1.4.2 Situation épidémiologique.....	12
II. Situation nutritionnelle et présentation du Projet	13
2.1 Situation de l'alimentation et de la nutrition	13
2.2. Description du Projet ANJE.....	13
2.2.1 Présentation du Projet	13
2.2.2 Théorie du changement	15
III. Objectifs et portée de l'évaluation.....	16
3.1 Objectifs.....	16
3.2 Portée	17
IV. Méthodologie	17
4.1 Analyse des parties prenantes.....	18
4.2 Plan d'échantillonnage	18
4.2.1 Critères de sélection des ménages éligibles et l'attribution causale	18
4.2.2 Domaines d'études.....	19
4.2.3 Effets de diffusion	20
4.2.4 Tailles des échantillons.....	20
4.2.5 Stratification et grappes d'échantillonnage.....	21
4.3 Outils de collecte des données	22
4.3.1 Guide d'entretiens et d'observations	22
4.3.2 Matériels de mesure.....	22
4.3.3 Analyse documentaire.....	23
4.4 Traitement des données	23

4.4.1 Traitement des données anthropométriques et de l'allaitement	23
4.4.2 Traitement des verbatim	23
4.5 Formation des enquêteurs et supervision de l'enquête	23
4.6 Limites et avantages de la méthodologie.....	24
V. Résultats et analyses autour des critères d'évaluation	25
5.1 Pertinence du Projet ANJE	25
5.2 Efficacité du Projet ANJE	26
5.3 Efficience du Projet ANJE	31
5.4 Impact du Projet ANJE.....	32
5.5 Viabilité du Projet ANJE.....	35
5.6 Equité du Projet ANJE	37
Conclusions	39
Constats, enseignements et recommandations	40
Annexes	43
Bibliographie.....	75

SIGLES ET ABBREVIATIONS

ACT	Argent contre le travail
ANJE	Alimentation du nourrisson et du jeune enfant
CAD	Comité d'aide au développement
CHR	Centre hospitalier régional
CI	Intervalle de confiance
CMC	Centres médicaux chirurgicaux
CMU	Centres médicaux urbains
COPSED	Comités de planification et de suivi-évaluation du développement
CRENA	Centres de récupération de nutrition ambulatoires
CRENI	Centres de récupération nutritionnelle intensive
DISS	Direction de l'information et des statistiques sanitaires
EDS	Enquête démographique et de santé
ENA/SMART	Emergency nutrition assessment/Standardized monitoring and assessment for relief and transitions
ENMSP	École nationale de médecine et de santé publique
GTS	Groupe technique sectoriel
IDT	Intention de traiter (IDT)
IFA	Iron folic acid/ fer et acide folique
INSEED	Institut national de la statistique et des études économiques et démographiques
ISF	Indice synthétique de fécondité
JICA	Agence japonaise de coopération internationale
MAG	Malnutrition aiguë globale
MAM	Malnutrition aiguë modérée
MAS	Malnutrition aiguë sévère
MICS	Multiple indicator cluster survey (enquête par grappes à indicateurs multiples)
Ndf	Nutrition des femmes
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
PB	Périmètre brachial
PFSS	Projet des filets sociaux et de sécurité
PIB	Produit intérieur brut
PTF	Partenaires techniques et financiers
SCA2D	Stratégie de croissance accélérée et de développement durable
SPC	Suivi et promotion de la croissance
SUN	Scaling up nutrition (mouvement SUN)
TDR	Termes de référence
UNICEF	United nations children's fund

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Villages éligibles et les deux domaines d'échantillonnage obtenus par randomisation.....	19
---	----

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Comparaison des indicateurs d'allaitement.....	32
Graphique 2 : Impact sur la prévalence de la malnutrition chronique	33
Graphique 3 : Impact sur la prévalence de la malnutrition aiguë	34
Graphique 4 : Impact sur la prévalence de l'insuffisance pondérale	34

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Paramètres pour anthropométrie et taille des échantillons.....	21
Tableau 2 : Echantillonnage des ménages par domaine	21
Tableau 3 : Répartition des grappes par strate	22
Tableau 4 : Indicateurs d'objectifs de développement et intermédiaires prévus et réalisés	29
Tableau 5 : Classification du PTZ, PAZ et TAZ selon les normes OMS	60
Tableau 6 : Seuils du périmètre brachial.....	60
Tableau 7 : Prévalence de la malnutrition chronique selon l'indice taille-pour-âge en z-scores, par sexe.....	60
Tableau 8 : Prévalence de la malnutrition aiguë selon l'indice poids pour taille en z-scores par sexe	61
Tableau 9 : Prévalence de l'insuffisance pondérale selon l'indice poids-pour-âge en z-scores, par sexe	61
Tableau 10 : Périmètre brachial pour les enfants de 24-59 mois dans les villages traités	61
Tableau 11 : Prévalence de la malnutrition chronique selon l'indice taille-pour-âge en z-scores, par sexe.....	62
Tableau 12 : Prévalence de la malnutrition aiguë selon l'indice poids pour taille en z-scores par sexe	62
Tableau 13 : Prévalence de l'insuffisance pondérale selon l'indice poids-pour-âge en z-scores, par sexe.....	62

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Termes de référence de la mission	43
Annexe 2 : Guide d'entretien	47
Annexe 3 : Calcul de puissance.....	56
Annexe 4 : Classification des taux de malnutrition des enfants de moins de 5 ans selon l'échelle de gravité pour la santé publique de l'OMS	56
Annexe 5 : Arrimage du Projet ANJE aux stratégies nationales et internationales .	57
Annexe 6 : Indicateurs et leurs descriptions selon le document de Projet	58
Annexe 7 : Les résultats sur les indicateurs d'allaitement et anthropométriques...	59
Annexe 8 : Grille de score des critères.....	63
Annexe 9 : Théorie de changement sous la forme d'une chaîne de résultats	64
Annexe 10 : Matrice d'évaluation	67
Annexe 11 : Tableau des indicateurs PFSS révisés	71
Annexe 12 : Liste des personnes contactées et des villages visités par le consultant	73
Annexe 13 : Questions éthiques	74
Annexe 14 : Bibliographie	75

RESUME EXECUTIF

L'Union des Comores a bénéficié d'un don de la Banque Mondiale de 6 millions USD pour financer le Projet des filets sociaux de sécurité (PFSS). Ce Projet a trois grandes composantes dont la composante Nutrition communautaire. Cette composante a pour objectif de promouvoir l'adoption des pratiques adéquates d'alimentation du nourrisson et des jeunes enfants (ANJE) par les mères. La composante encourage trois types de comportements : Allaitement maternel exclusif, la diversification des alimentations et la supplémentation en micronutriments et le lavage des mains. Elle a duré de décembre 2015 au 30 juin 2019 et a été financée à hauteur de 1 million USD. Afin de tirer les leçons des interventions, une évaluation finale a été prévue.

La présente évaluation finale s'est focalisée sur la mesure des contributions du Projet à l'amélioration du statut nutritionnel des enfants de moins de 5 ans ainsi que des niveaux des connaissances des mères sur les bonnes pratiques en matière d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. La méthodologie est construite autour de la matrice d'évaluation et de la théorie du changement du Projet qui a permis de poser la question principale de recherche et les autres questions d'évaluation liées aux critères du CAD. Ces critères sont : la pertinence, l'efficacité, l'efficience, l'impact, la viabilité et l'équité.

Afin de répondre aux questions évaluatives, deux domaines d'échantillonnage pour deux enquêtes simultanées ont été définis. Les enquêtes sont à la fois qualitatives et quantitatives. Le premier domaine est composé de villages éligibles dont les ménages n'ont pas bénéficié du Projet (villages témoins) ; et le second comprend les villages éligibles dont les ménages ont bénéficié du Projet (villages traités). L'unité statistique est le ménage ; les enfants de 0-59 mois et les mères des enfants de moins de 3 ans sont les sujets de l'enquête.

Pertinence. L'examen de la théorie du changement du Projet révèle que toutes les activités mises en œuvre concourent à la réalisation des résultats auxquels elles sont affiliées (Annexe 5). Les objectifs du Projet sont alignés sur les stratégies et politiques nationales y compris sur les ODD. La logique d'intervention verticale du cadre logique concourt aux résultats escomptés du Projet. En outre, il apporte des solutions au diagnostic de l'EDS-MICS 2012 sur les indicateurs de nutrition dans le pays. La pertinence du Projet est avérée et très bonne.

Efficacité. Le Projet s'est fixé trois résultats d'objectif de développement qui ciblent les enfants âgés de 0 à 5 ans et leurs mères, avec un accent particulier sur la fenêtre d'opportunité des « mille premiers jours » (de la grossesse à l'âge de 2 ans). Il était prévu 60 communautés à couvrir, le Projet a couvert 69. Il était prévu 9 600 Femmes enceintes/allaitantes, filles adolescentes et/ou enfants de moins de cinq ans touchés par les services de nutrition de base, le Projet a atteint 30 519. Les indicateurs mesurant les résultats de la naissance à 5 ans ont été donc atteints. De manière globale, l'efficacité du Projet est bonne. Par ailleurs, certaines interventions sont citées par les femmes bénéficiaires comme des bonnes pratiques. Il s'agit des démonstrations culinaires et les pesées régulières des enfants. Ces bonnes pratiques ont contribué significativement à l'adhésion des femmes et à la réalisation des objectifs atteints.

Efficience. Les questions évaluatives relatives à l'efficience ont été répondues au travers de l'utilisation des ressources humaines, financières et matérielles déployées pour la mise en œuvre du Projet. Le personnel affecté au Projet est qualifié et spécialisé chacun dans son domaine respectif d'intervention. L'équipe est appuyée par la logistique composée de 4 véhicules Nissan Pickup, environ une douzaine

d'ordinateurs portables, plus de 700 matériels et ustensiles de démonstration culinaire (toutes catégories confondues), des tenues de travail pour les ASC, etc. Les matériels ont été répartis sur chaque île.

L'analyse des données financières fait apparaître que 87,92% des fonds débloqués ont été utilisés pour la survie de l'enfant y compris le suivi-évaluation ; et 12,08% ont été affectés à la coordination. Des efforts ont été donc consentis pour réduire les dépenses de fonctionnement et privilégier les dépenses au niveau communautaire. Le taux de décaissement et d'engagement des ressources financières est estimé à 99,64% ce qui est considéré comme bon en matière de gestion financière.

Au niveau des ressources matérielles, on note une insuffisance des matériels affectés pour le travail. Certains ASC et certaines communautés n'ont pas eu les mêmes moyens que les autres pour réaliser les objectifs qui leur ont assignés. Nonobstant les efforts pour l'efficacité du Projet, on note une incohérence entre le bon taux d'exécution des ressources financières (99,64%) et l'insuffisance des matériels déployés pour le travail. Un bon taux de décaissement devrait permettre de réaliser toutes les activités prévues. Habituellement, les raisons sont l'inflation, la fluctuation du dollar ou la non-optimisation des ressources. On pourrait également penser à l'augmentation du nombre des villages ciblés qui est passé de 60 à 69. En comparant les ressources déployées aux résultats obtenus et aux résultats induits par le Projet, on conclut que l'efficacité du Projet est satisfaisante.

Impact. L'utilisation des ressources humaines, financières et matérielles a abouti à des résultats perceptibles quand on compare les résultats des villages traités et les villages témoins. Il existe des preuves de changement de l'état nutritionnel des enfants dans les villages traités. Ces résultats peuvent être attribués aux sensibilisations, aux démonstrations culinaires et aux formations des ASC. Les données révèlent que la proportion d'enfants nés dans les 24 derniers mois, qui ont été mis au sein dans l'heure qui a suivi leur naissance, est de 38,03% pour les villages témoins contre 52,66% pour les villages traités. La même tendance est observée pour les indicateurs « Enfants ayant été nourris au sein » et « Poursuite de l'allaitement au sein à l'âge de 1 an ». Les impacts positifs du Projet sont respectivement de 7,40 et 0,84 point. Au niveau des mesures anthropométriques, les résultats de l'étude révèlent que 44,53% des enfants traités souffrent de malnutrition chronique contre 44,84% pour les enfants témoins ; l'impact positif est d'environ 0,31 point. La prévalence de l'émaciation est dans les trois cas de figure plus élevée dans les villages témoins que les villages traités. L'impact est plus prononcé au niveau de la MAG (3,8 points de différence). La prévalence de l'insuffisance pondérale et de l'insuffisance pondérale sévère sont plus faibles dans les villages traités ; les écarts sont respectivement de 1,2 et 1,40 point. Par contre la prévalence de l'insuffisance pondérale modérée est plus élevée dans les villages traités de 0,2 point. Aussi, il n'a pas été observé d'impact négatif quand on se réfère aux déclarations des bénéficiaires et aux indicateurs analysés. La performance au niveau de ce critère est jugée bonne.

Viabilité. La viabilité du Projet est tributaire des autres composantes du PFSS, de l'approche utilisée pour son élaboration et sa mise en œuvre, de l'appropriation du Projet, de la synergie d'action avec les autres PTF contre la malnutrition, et des points de vue des bénéficiaires sur le Projet. L'analyse a porté sur ces aspects.

Le succès de la composante ACT du PFSS est un gage pour la pérennisation des acquis du Projet ANJE. Il permettrait aux bénéficiaires d'être autonomes et de subvenir à leurs besoins financiers et alimentaires. L'approche participative d'élaboration du Projet et de sa mise en œuvre favorise une appropriation et une pérennisation des acquis du Projet. Le Projet ANJE est une émanation du PNDS, de la PNNA et de la SCA2D qui ont été rédigés de manière participative. Force est de

constater que la rédaction du Projet n'a pas suivi la même approche. Les dirigeants communautaires et les leaders d'opinion (y compris les chefs religieux, les ASC, les chefs de village, les OSC notamment celles des femmes) n'ont été impliqués qu'à l'étape de mise en œuvre. Le choix des ménages bénéficiaires a été fait de manière aléatoire et participative par les communautés et pour les communautés.

L'intégration d'autres programmes contribue aussi à la mutualisation des efforts et à la pérennisation. Il s'agit notamment des actions conjointes du Projet ANJE avec la SR, l'agriculture, la Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né et de l'Enfant (PCIMNE), le WASH (Water, Sanitation and Hygiene), etc. Ceci devrait entraîner dans la mise en œuvre une mutualisation d'effort contre la malnutrition chez les enfants et les femmes enceintes et donc des actions en synergie avec d'autres PTF comme la FAO, l'OMS, l'UNFPA, l'association pour la protection des consommateurs, le Croissant Rouge, Caritas. Cette synergie quoique observable a manqué d'intensité et de visibilité sur le terrain.

Au vu de ces constats, la performance du Projet sur sa durabilité est satisfaisante avec un risque de recul. Il est nécessaire de poursuivre des accompagnements au niveau des ASC, le soutien des ménages, les sensibilisations et les démonstrations culinaires et de renforcer les actions conjointes avec les autres programmes.

Équité. L'équité est analysée sous l'angle de l'autonomie des femmes, de l'amélioration de leurs conditions de vie et celles des enfants. On observe que grâce au Projet, certaines femmes progressent vers l'autonomisation. Elles s'occupent de l'alimentation des enfants avec peu de ressources, dépendent moins de leurs époux et font de l'économie pour répondre à d'autres besoins. Elles ne sont pas pour autant totalement autonomes. A en croire leurs déclarations, le Projet a permis aussi une amélioration progressive des conditions de vie des enfants de manière à augmenter les chances de développer leur plein potentiel. Cependant, d'autres femmes interrogées ne partagent pas les mêmes avis. Les points de vue sur l'équité sont par conséquent partagés. Nous concluons que les actions pour plus d'équité dans les zones couvertes sont perfectibles, et ces actions sont liées à la viabilité des interventions. Si les interventions ne sont pas pérennes, les bonnes pratiques liées à l'équité vont disparaître.

L'analyse des critères d'évaluation du CAD a permis de relever des enseignements dans la mise en œuvre du Projet. On cite les enseignements positifs comme : un bon ancrage aux stratégies nationales et internationales de développement, des résultats d'effets observables à peine un mois après la fin du Projet, de bonnes pratiques comme les pesées régulières et les démonstrations culinaires. Afin de corriger les enseignements négatifs, des recommandations ont été faites pour améliorer l'approche participative des Projets de développement similaires, la collaboration intersectorielle pour davantage d'intégration dans la mise en œuvre des activités liées à la nutrition, la disposition de manuel de procédures administratives et financières pour améliorer l'efficacité, le passage à l'échelle des interventions nutritionnelles, etc.

INTRODUCTION

Le Projet d’Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE) est l’une des composantes du Projet des filets sociaux et de sécurité (PFSS) financé par la Banque mondiale. Le PFSS soutient les efforts du gouvernement des Comores dans la mise œuvre de la SCA2D 2015-2019. En effet, selon l’EDS-MICS 12, la situation nutritionnelle des enfants était « critique » par rapport aux normes de l’OMS. Plus de 30% des enfants de moins de 5 ans souffraient de malnutrition chronique globale et 15% d’insuffisance pondérale. En zones rurales, ces prévalences étaient respectivement de 32% et 17%. Ces taux critiques ont conduit le gouvernement, l’UNICEF, la Banque mondiale, la JICA et d’autres partenaires à prendre des mesures urgentes pour pallier la malnutrition dans le pays. Parmi ces mesures, il y a la mise en place des Centres de récupération de nutrition ambulatoires (CRENA) pour le traitement des enfants sévèrement malnutris. L’appui de l’UNICEF pour l’assistance technique, les intrants nutritionnels, la surveillance, la supplémentation en Vitamine A et le déparasitage pour un montant de 321 921 USD. Le financement de la JICA pour l’amélioration de la qualité de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère pour un montant de 1 500 000 USD. La composante « Nutrition » du PFSS (ou le Projet ANJE) s’inscrit aussi dans cette optique.

L’objectif du Projet ANJE est d’augmenter l’accès aux services de nutrition dans 69 communautés pauvres des trois îles ciblées par le PFSS. Le Projet est financé à hauteur de 1 000 000 USD par la Banque mondiale pour une durée de 3,5 ans et couvre la période du 18 décembre 2015 au 30 juin 2019. Au terme du Projet, il est prévu une évaluation finale.

La présente évaluation finale a pour objet de déterminer les effets produits par le Projet ANJE. Elle s’est focalisée sur la mesure des contributions de cette composante à l’amélioration du statut nutritionnel des enfants de moins de 5 ans ainsi que des niveaux des connaissances des mères sur les bonnes pratiques en matière d’alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Elle a permis donc de mesurer les effets directs et même indirects des interventions mises en place dans les 69 villages.

L’évaluation a été conduite suivant les critères du Comité d’Aide au Développement (CAD) de l’Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE). Ces critères sont : *la pertinence, l’efficacité, l’efficience, l’impact, la viabilité* auxquels il a été ajouté *l’équité*.

La méthodologie a été conçue autour de la matrice d’évaluation et de la théorie du changement du Projet. La question principale de recherche et les questions d’évaluation ont été posées autour des critères du CAD. Dans le but de répondre aux questions d’évaluation et de faire une analyse comparative des indicateurs, deux domaines d’échantillonnage ont été définis. Le premier domaine est composé de villages éligibles dont les ménages n’ont pas bénéficié du PFSS (villages témoins) ; et le second comprend les villages éligibles dont les ménages ont bénéficié du PFSS (villages traités). L’unité statistique est le ménage ; les enfants de 0-59 mois et les mères des enfants de moins de 3 ans sont les sujets de l’enquête. L’enquête a été à la fois qualitative et quantitative.

La collecte des données a été faite grâce au guide d’entretien et d’observation directe et des matériels de mesure. Les résultats ont permis de répondre de manière probante aux différentes questions évaluatives et de donner des scores aux critères d’évaluation. Des enseignements et des recommandations ont été proposés.

I. CONTEXTE GENERAL DE MISE EN ŒUVRE DU PROJET DES FILETS SOCIAUX ET DE SECURITE

1.1 Géographie des Comores

L'Union des Comores est située à l'entrée nord du Canal de Mozambique, à mi-chemin entre la Côte Est de l'Afrique et le nord-ouest de Madagascar, entièrement entourée par l'océan indien. L'archipel est indépendant en 1975. Il est composé de trois grandes îles : Ngazidja (ou Grande Comore), Ndzuwani (ou Ndzouani), Mwali (ou Mohéli)¹. Les trois îles couvrent une superficie totale de 1 862 km² dont 1 148 km² pour Ngazidja, 424 km² pour Ndzouani et 290 km² pour Moheli. Sa capitale est Moroni.

Sur le plan géographique, les Comores se sont formées à la suite d'importantes manifestations volcaniques à la fin du tertiaire, ce qui confère au pays un relief tourmenté, hérissé de pics et de cônes ne laissant que peu de places aux plaines qui sont réduites à de petits bassins et de plates-formes taillées dans la lave noire.

Le pays jouit d'un climat humide et chaud, mais tempéré à la fois par l'altitude et par l'influence océanique, marqué par les microclimats observés généralement sur les îles montagneuses. Ce climat tropical est caractérisé par deux grandes saisons : une saison chaude et humide, nommée « kashkasi » en novembre et mars-avril, marquée par de fortes pluies et parfois par de violents cyclones et des températures oscillant entre 28 et 33°C et une saison sèche et fraîche, nommée « Kusi » entre mai et octobre, caractérisée par des vents de mousson nord à nord-ouest avec des températures qui varient entre 24 et 27 °C. Les hautes terres sont nettement plus humides et plus fraîches que la côte.

1.2 Économie

L'Union des Comores est un archipel à revenu faible. L'agriculture demeure le secteur prépondérant de l'économie nationale, car elle génère l'essentiel des recettes d'exportation. En 2012, elle participait pour environ 52 % du PIB réel et emploie près de 60% de la population active selon le dernier Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2003. Après l'agriculture, l'économie de l'archipel est dominée par la pêche et l'élevage. En 2012, le secteur primaire représentait 53 % du PIB contre 14 % pour le secteur secondaire qui reste dominé par de petites et moyennes entreprises dont l'activité repose essentiellement sur la transformation primaire des produits agricoles de rente, la boulangerie, la menuiserie et les métiers de BTP et par deux entreprises publiques à caractère industriel qui produisent l'eau et l'électricité et des médicaments. Le secteur tertiaire représente environ 33 % du PIB.

1.3 Population

La population comorienne était de 575 660 habitants selon le dernier recensement de 2003, dont 52 % à Ngazidja, 42 % à Ndzouani et 6 % à Moheli. Selon la même source, le taux de croissance démographique était estimé à 2,1%. En 2018, l'INSEED estime la population à 850 688 habitants, dont 50,1% d'hommes et 49,89% de femmes ; 28,1% d'urbains et 71,9% de ruraux. L'archipel est essentiellement rural. La croissance urbaine est due essentiellement à l'exode rural consécutif à la baisse de la production agricole et à la concentration des investissements publics et des activités économiques dans les zones urbaines, spécialement dans les capitales des

¹ Au lendemain des indépendances le pays était constitué de 4 îles : Ngazidja, Ndzouani, Moheli et Maoré ou Mayotte avec une superficie de 2 235 km². La Mayotte reste encore sous administration française.

îles. L'indice synthétique de fécondité (ISF) est de 4,3 enfants/femme et l'espérance de vie à la naissance est de 65,5 ans avec une variation entre les hommes (64,3 ans) et les femmes (66,9 ans).

La proportion des moins de 5 ans représente 14,8% de la population et celle des 15-24 ans 22,34%. On compte en moyenne 5,4 personnes par ménage et 24,7%² de femmes en âge de procréer.

1.4 Système de santé

1.4.1 Organisation du système de santé

Aux Comores, comme dans la plupart des pays africains, le système de santé est organisé en trois niveaux sous forme pyramidale. Le niveau central est composé du Cabinet du Ministre, du Secrétariat général, de la Direction Nationale de la Santé, des directions et services chargés de la coordination des programmes et Projets de santé, de l'hôpital de référence national El-Maarouf et de l'École Nationale de Médecine et de Santé Publique (ENMSP) qui est rattachée à l'Université des Comores.

Au niveau intermédiaire ou des îles, le système de santé est constitué de l'administration sanitaire des îles (Commissaire chargé de la santé assisté par un Directeur de la santé et des responsables des services de santé) et des Centres Hospitaliers Régionaux (CHR).

Au niveau périphérique, on dénombre 17 districts sanitaires dont 7 en Grande Comore, 7 à Ndzouani et 3 à Mohéli. Parmi ces districts, 2 sont couverts par des Centres médicaux chirurgicaux (CMC) à Ndzouani et Ngazidja et 3 par des Centres médicaux urbains (CMU) au niveau de chaque île³. À ce niveau, il faut ajouter un réseau de dispensaires de santé des militaires, le dispensaire CARITAS de la Mission Catholique, un service privé en pleine expansion et 49 postes de santé périphériques.

1.4.2 Situation épidémiologique

L'amélioration de l'état sanitaire de la population constitue un défi majeur pour les autorités comoriennes. On note que le paludisme est la première cause d'hospitalisation et de mortalité aux Comores. Des progrès significatifs ont été réalisés dans la lutte contre cette maladie pour réduire la prévalence en dessous de 0,5% tendant vers son élimination. Les autres affections majeures enregistrées sont les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires aiguës (IRA) qui frappent plus particulièrement les enfants. Leur prévalence est respectivement de 39% et 38,1% (EDS-MICS 2012). Ces affections sont à l'origine d'une morbidité et d'une mortalité élevées surtout chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes.

La couverture vaccinale en 2015 est de 72,44% pour le BCG, 73,34% pour le PENTA3 et 73,73 % pour le VAR et Polio. Cependant, l'enfant comorien reste encore soumis à des risques de mortalité élevés bien que le taux de mortalité infantile soit amélioré. Ce taux est passé de 59‰ à 36‰ en 2012 (EDS-MICS 2012). Celui de la mortalité infanto-juvénile a été aussi amélioré de 74‰ en 2000 à 50‰ en 2012. La mortalité maternelle reste cependant très élevée (172 pour 100 000 naissances vivantes).

En ce qui concerne l'accès géographique aux structures sanitaires, 46,4% de la population ont accès aux services de santé dans un rayon de 5 km. Le taux national de fréquentation est de 10,25%. C'est à Ndzouani que le taux est plus élevé (20,21%) contre 14,7% à Ngazidja et 8,92% à Mohéli (Bulletin DISS 2014-2015). 1.4.3

²Annuaire statistique DISS 2011-2012.

II. SITUATION NUTRITIONNELLE ET PRESENTATION DU PROJET

2.1 Situation de l'alimentation et de la nutrition

Les résultats de l'EDS 2012 révèlent que 30 % des enfants de moins de 5 ans souffrent de la malnutrition chronique, 11 % sont atteints de la malnutrition aiguë sévère et 16% d'insuffisance pondérale. Selon l'âge, la prévalence de la malnutrition chronique est de 18 % chez les enfants de moins de 6 mois et 43 % chez les enfants de 18-23 mois. Ces indicateurs connaissent des disparités entre les zones rurales et urbaines et entre les îles. En effet, 32 % des enfants du milieu rural accusent un retard de croissance contre 25 % en milieu urbain. Au niveau des îles, la prévalence du retard de croissance varie de 35 % à Ndzouani à 23 % à Moheli et à Ngazidja.

Cette situation compromet la santé et le développement social et économique des personnes vulnérables notamment la santé des enfants et des nourrissons caractérisée par l'anémie, la carence en iode, l'avitaminose A et l'émergence des pathologies chroniques non transmissibles liées à l'alimentation. Selon l'EDS-2012, la contribution de la malnutrition à la mortalité infanto-juvénile s'élevait à 43% dont 9% revenant à la malnutrition sévère.

Dans l'Union des Comores, 94% des mères allaitent leurs enfants ; 76 % des enfants sont allaités le jour suivant la naissance et seulement 34 % sont allaités moins d'une heure après la naissance. L'EDS-MICS 2012 révèle aussi que 38 % des enfants allaités ont reçu des aliments avant l'allaitement et 46 % de ces enfants appartiennent aux 20% des ménages les plus pauvres.

On constate ainsi que la pratique de l'allaitement maternel exclusif est très peu courante. Seulement 12% des enfants de moins de 6 mois sont nourris exclusivement au sein ; 30% des enfants de 0-1 mois reçoivent de l'eau en plus du lait maternel ; 21% reçoivent d'autres types de lait et 24% reçoivent des aliments de complément en plus du lait maternel. Au niveau national seulement 7 % des enfants de 6-23 mois sont nourris de manière appropriée c'est-à-dire en suivant les pratiques optimales d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.

Ces indicateurs peu favorables ont conduit le gouvernement, l'UNICEF, la Banque mondiale, la JICA et d'autres partenaires à développer des interventions pour améliorer la situation de l'alimentation et de la nutrition du nourrisson et de la femme enceinte. Ainsi, la Politique nationale de nutrition et d'alimentation (PNNA 2012) a été élaborée en 2012 et révisée en 2017 ; des centres de récupération nutritionnelle interne (CRENI) et des Centres de récupération de nutrition ambulatoire pour les malnutritions sévères (CRENAS) ont été créés ; le Projet d'appui à la lutte contre la malnutrition dans le cadre de la santé maternelle et infantile aux Comores a été initié et mis en œuvre. La composante « Nutrition » du PFSS (ou le Projet ANJE) s'inscrit aussi dans cette gamme d'interventions pour réduire les taux de malnutrition.

2.2. Description du Projet ANJE

2.2.1 Présentation du Projet

Dans ce contexte nutritionnel associé à la pauvreté des communautés, l'Union des Comores a bénéficié d'un don de la Banque Mondiale de 6 millions USD pour financer le Projet des filets sociaux de sécurité (PFSS) ayant pour objectif d'augmenter l'accès aux filets sociaux et aux services de nutrition dans les communautés pauvres des trois îles.

Le PFSS a trois grandes composantes : (i) Filets sociaux de sécurité avec trois sous composantes ; (ii) Nutrition communautaire (ou Projet ANJE) avec trois sous composantes ; (iii) Suivi et évaluation du Projet et audits. La composante « filets

sociaux et de sécurité » et le Projet ANJE sont mis en œuvre dans les mêmes communautés pauvres. La composante « Filets sociaux de sécurité » couvrira 30% de la population et le Projet ANJE couvrira 90% des enfants de moins de 5 ans et leurs mères.

Le Projet ANJE a été entièrement financé par la Banque mondiale à hauteur de 1 000 000 USD. Il a pour objectif de promouvoir l'adoption de pratiques adéquates d'alimentation du nourrisson et des jeunes enfants (ANJE) par les mères des zones d'intervention du PFSS. Dans ce cadre, il vise à fournir des services de nutrition de prévention pour aider les ménages à briser la transmission intergénérationnelle de la pauvreté. Il s'est concentré sur la création de la demande et la fourniture d'un ensemble minimum d'interventions spécifiques à la nutrition pour les enfants de moins de 5 ans, avec un accent particulier sur la fenêtre d'opportunité des « mille premiers jours » (de la grossesse à l'âge de 2 ans). Il contribuera également à la promotion d'une meilleure nutrition et la santé productive des mères. Ainsi, il encourage trois types de comportements : allaitement maternel exclusif (AME), la diversification des alimentations, la supplémentation en micronutriments et le lavage des mains (LM).

Ces comportements s'inscrivent dans le programme « Survie et développement de l'enfant » de l'UNICEF-Comores. En effet, le Projet fait suite au programme pilote de nutrition communautaire à Nzouani et Ngazidja que l'UNICEF a financé en 2012 en collaboration avec Cap Afrique et Caritas. La majorité des soutiens de l'UNICEF au gouvernement a consisté à fournir de l'assistance technique et financière pour le dépistage communautaire de la malnutrition aiguë sévère et modérée chez les enfants de moins de 5 ans et à élaborer un système pour recommander ces enfants aux établissements de santé publics ou privés. Par ailleurs, le Projet est en cohérence avec les recommandations de la 2^e Conférence Internationale sur la Nutrition tenue à Rome en novembre 2014, la Stratégie et la Feuille de Route 2016-2020 du Mouvement SUN et le Programme de Coopération 2015-2021 entre le Gouvernement de l'Union des Comores et l'UNICEF.

Pour ce qui concerne la Banque Mondiale, unique bailleur de fonds de l'intervention qui est évaluée, le Projet contribue directement aux deux piliers de la stratégie universelle de la Banque mondiale de réduire la pauvreté absolue et de promouvoir la prospérité partagée en fournissant un soutien ciblé, direct à la population la plus vulnérable, en soutenant les activités productives et de nutrition, puis en renforçant les capacités des institutions majeures.

En appui au financement de la Banque mondiale, l'UNICEF a financé l'assistance technique, les intrants nutritionnels, la surveillance, la supplémentation en Vitamine A et le déparasitage pour un montant de 321 921 USD. La JICA finance l'Appui à l'amélioration de la qualité de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère pour un montant de 1 500 000 USD.

Le Projet a pris fin en juin 2019. Dans sa mise en œuvre, l'UNICEF a aidé le gouvernement à renforcer la capacité institutionnelle et technique. Ainsi, l'UNICEF devrait fournir l'assistance technique nécessaire pour : (i) l'organisation de la coordination et de la planification de réunions périodiques à tous les niveaux (national, régional et communautaire); (ii) le plaidoyer pour ces activités auprès des autorités nationales et locales; (iii) la cartographie des parties prenantes dans le domaine de la nutrition; (iv) la réalisation des activités de suivi et évaluation pour suivre les progrès et évaluer l'impact; et (v) la prise en charge des coûts opérationnels de la gestion.

Le gouvernement comorien est sur le point de conclure avec la Banque Mondiale un second accord de financement en appui au secteur de la santé y compris la nutrition.

Les résultats de la présente évaluation alimenteront le plaidoyer pour la conception et la programmation des interventions de la partie Nutrition de ce nouveau Projet.

La théorie du changement, la méthodologie, les résultats, l'analyse des critères d'évaluation, etc. sont présentés ci-dessous.

2.2.2 Théorie du changement

Le Projet ANJE a permis d'apporter des solutions à la situation nutritionnelle susmentionnée (voir Annexe 9). Initialement le document du Projet (Banque mondiale 2015) avait pour activités :

- renforcement des capacités des prestataires de santé et des agents de santé communautaire (ASC) pour promouvoir l'ANJE et les techniques de conseil en nutrition et en santé génésique de la femme ;
- fourniture de séances de suivi de la croissance, y compris l'acquisition de l'équipement et des matériels nécessaires pour dépister la malnutrition aiguë (tels que des balances et des toises) ;
- création des outils de gestion nécessaires (tels qu'un registre des bénéficiaires, des cartes de collecte de données, des cartes de santé, des guides de nutrition d'illustration pour les ménages) ;
- des séances de démonstration culinaire pour étendre la sensibilisation et l'éducation nutritionnelle ;
- la mise en place d'un système d'orientation vers les établissements de santé pour les enfants sévèrement malnutris et les femmes enceintes/ allaitantes ayant des problèmes de santé y compris la fourniture des micronutriments aux femmes enceintes ;
- la supervision des agents de santé communautaires (ASC) conformément au cadre de la stratégie communautaire de santé ;
- les informations et conseils aux jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans et aux mères (âgées de 15 à 49 ans) en matière de santé génésique conformément au cadre d'approche du cycle de vie développé par l'UNICEF ;
- l'organisation de la coordination et de la planification de réunions périodiques à tous les niveaux (national, régional et communautaire) ;
- le plaidoyer pour ces activités auprès des autorités nationales et locales ;
- la cartographie des parties prenantes dans le domaine de la nutrition ;
- la réalisation des activités de suivi et évaluation pour suivre les progrès et évaluer l'impact ;
- la prise en charge des coûts opérationnels de la gestion de la composante nutrition.

Ces activités devraient concourir à obtenir trois principaux extrants articulés autour des sous-composantes :

1. Prestation d'un paquet de services, de pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les zones d'intervention du Projet ;
2. Promotion de l'utilisation des pratiques d'alimentation optimales du nourrisson et du jeune enfant par les mères dans les zones d'intervention.

3. Renforcement des capacités institutionnelles et techniques du ministère de la Santé pour améliorer la coordination de tous les acteurs intervenant dans la nutrition communautaire.

Les activités menées et les résultats obtenus devraient concourir à court et moyen termes à augmenter l'accès aux services de nutrition dans les communautés pauvres des trois îles ciblées (Annexe 9). Elles couvriront environ 2800 enfants de moins de 2 ans et environ 6.400 enfants âgés de 2 à 5 ans soit un total de 9200 enfants de moins de cinq ans à inscrire dans le programme de surveillance de la croissance (Annexe 6 et Annexe 11).

Les effets attendus du Projet seront mesurés dans cette évaluation par les indicateurs anthropométriques et d'allaitement. Si le Projet atteint ses objectifs, il contribuerait à long terme à réduire la mortalité maternelle et infantile (Annexe 9).

La documentation (Banque mondiale 2015) nous renseigne que la mise en œuvre du Projet était soumise aux risques et hypothèses majeurs tels que le risque politique et de gouvernance, le risque macroéconomique et le risque de capacité institutionnelle. Sur le plan politique et de gouvernance, l'hypothèse sous-jacente pour atteindre les résultats est : stabilité politique avec un maintien des relations entre les gouvernements des îles et l'Union. Sur le plan macroéconomique, l'hypothèse est : la stabilité et l'amélioration de la gestion économique et politique. L'hypothèse sur le plan institutionnel est : disponibilité des ressources humaines et des fournisseurs de services compétents et motivés pour la gestion du Projet.

A la fin du Projet, les hypothèses et risques susceptibles d'entraver la réussite du Projet ont été favorables. En effet, durant la mise en œuvre du Projet, le pays a connu une stabilité politique favorable à une bonne gouvernance et à la mise en œuvre des réformes malgré l'adoption de la nouvelle constitution en 2018 et les élections présidentielles en mars 2019. Cette stabilité a aussi favorisé les indicateurs macroéconomiques. Le pays a été cependant frappé à plusieurs reprises par les cyclones qui ont certes impacté l'économie, mais les conséquences n'ont pas empêché l'exécution du Projet. Sur le plan institutionnel, le pilotage du Projet par l'UNICEF a atténué l'insuffisance du personnel qualifié et des fournisseurs de services compétents pour la gestion du Projet.

Au regard de ce processus, la principale question de recherche est : les indicateurs d'effet sont-ils meilleurs dans les villages bénéficiaires du Projet ANJE ? Des questions évaluatives ont été posées pour chaque critère d'évaluation (Annexe 10). Ces questions ont été déclinées en questions évaluatives intermédiaires et inférieures. La revue documentaire, la collecte et l'analyse des données quantitatives et qualitatives ont permis de répondre à toutes les questions évaluatives.

III. OBJECTIFS ET PORTEE DE L'EVALUATION

3.1 Objectifs

L'évaluation s'est focalisée sur la mesure des contributions de cette composante à l'amélioration du statut nutritionnel des enfants de moins de 5 ans ainsi que des niveaux des connaissances des mères de ces enfants sur les bonnes pratiques en matière d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.

Le but est de supporter les efforts du Gouvernement comorien visant à fournir les biens et services nécessaires pour assurer l'état nutritionnel et sanitaire de la population en général et des enfants de moins de cinq ans en particulier.

Dans cette optique, l'étude s'est fixé les objectifs spécifiques suivants :

- procéder à une collecte des données primaires et secondaires par des enquêtes qualitatives et quantitatives et une revue documentaire ;
- analyser les résultats du Projet avec des scores autour des critères de pertinence, de l'efficacité, de l'impact, de l'efficience, de la durabilité et de l'équité ;
- procéder à l'attribution causale des résultats d'impact ;
- répertorier les enseignements ;
- faire des recommandations.

3.2 Portée

La portée et le champ de l'évaluation sont définis par les questions-clés d'évaluation des Tdr (Annexe 10). Ces questions couvrent les critères du CAD/OCDE et l'équité. Elles ne couvrent pas les critères de protection de l'environnement, d'égalité homme-femme et des droits de l'Homme.

Sur le plan géographique, l'évaluation couvre les effets directs et indirects des interventions mises en place dans les 69 villages bénéficiaires répartis sur les trois îles. Les actions accomplies sur le terrain et les résultats obtenus au regard des objectifs fixés ainsi que les stratégies mises en œuvre en vue d'assurer une participation effective de tous les acteurs plus particulièrement les bénéficiaires sont pris en compte. Les leçons apprises au cours de la période d'implémentation du Projet ont été répertoriées, en examinant les différentes politiques, stratégies et législations développées en matière de nutrition par le Ministère de la Santé, ainsi que leur opérationnalité sur le terrain, aussi bien au niveau central qu'au niveau insulaire (Nzouani, Mohéli et Ngazidja). Des enseignements ont été tirés et les recommandations ont été proposées en vue de capitaliser les bonnes pratiques à poursuivre et des améliorations sur les manquements et insuffisances constatés.

IV. METHODOLOGIE

La méthodologie pour répondre aux questions d'évaluation et aux objectifs de l'évaluation s'est articulée autour des objectifs méthodologiques suivants :

- faire une analyse documentaire sur le Projet ;
- recueillir par des entretiens semi-structurés, les avis des parties prenantes (gouvernement, PTF et bénéficiaires) sur l'application des connaissances acquises, les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre et la durabilité des interventions ;
- mesurer les indicateurs quantitatifs d'allaitement et anthropométriques des enfants de moins de cinq ans par des questionnaires et des outils de mesures anthropométriques ;
- comparer les indicateurs quantitatifs des situations des villages bénéficiaires aux villages témoins.

La matrice d'évaluation (Annexe 10) a précisé les questions évaluatives, les indicateurs à renseigner, les sources de données et la méthodologie. Tout le processus s'est déroulé dans le respect des directives éthiques (*Ethical Guidelines for Evaluation 2016*) du Groupe des Nations Unies pour l'évaluation (Annexe 13).

Deux domaines d'échantillonnage ont été donc définis pour deux enquêtes simultanées. Le premier domaine d'étude est composé de villages éligibles des trois îles dont les ménages n'ont pas bénéficié du PFSS (villages témoins) ; et le second comprend les villages éligibles des trois îles dont les ménages ont bénéficié du PFSS (villages traités). Chaque domaine d'étude a été stratifié. Les villages éligibles de

chaque île constituent les trois strates. Les strates sont composées de grappes. Les villages constituent les grappes. L'unité statistique est le ménage ; les enfants de 0-59 mois et les mères des enfants de moins de 3 ans sont les sujets de l'enquête.

Le calcul de la puissance statistique a permis de trouver la taille minimale de l'échantillon des ménages et des enfants à enquêter pour chaque domaine. Un tirage à deux degrés a permis de choisir les ménages à enquêter. Au premier degré les grappes et au second degré tous les ménages avec les enfants de moins de 5 ans.

4.1 Analyse des parties prenantes

En rappel, les termes de référence renseignent que les résultats, les leçons apprises et les recommandations qui seront issus de cette évaluation alimenteront la réflexion en cours au niveau du ministère de la santé, de la solidarité, de la protection sociale et la promotion du genre pour un éventuel passage à l'échelle de ce type d'intervention en vue de venir à bout de la malnutrition qui touche près d'un tiers des enfants comoriens.

Il était nécessaire de comprendre davantage ce que les principaux destinataires attendent de l'évaluation et de déterminer quelles attentes sont prioritaires. Ainsi, avant, pendant et après la collecte des données, des entretiens ont eu lieu (Annexe 12) avec les administrateurs de « Nutrition » et de « planification et suivi et évaluation » de l'UNICEF, les responsables gouvernementaux du Projet (responsable nationale de la nutrition, directeur de la protection sociale, les points focaux Nutrition du Projet, les bénéficiaires du Projet).

Les différents acteurs susmentionnés ont été sollicités à analyser le draft du rapport d'évaluation, à apporter leur amendement et à compléter les informations manquantes.

De manière générale, l'analyse des parties prenantes a permis d'impliquer les acteurs dans le processus d'évaluation. Cette implication a permis d'identifier des problèmes, d'apporter les réponses à certaines questions liées à la mise en œuvre du Projet, d'expliquer certaines interventions, etc. Ainsi, les objectifs de l'évaluation ont été expliqués. La logique d'intervention et la grille d'appréciation des résultats ont été partagées. Les indicateurs à renseigner ont été décidés ensemble. Le questionnaire a été discuté et amendé pour répondre aux besoins du comité directeur de supervision de l'évaluation comprenant la partie gouvernementale et l'UNICEF.

Par ailleurs, dans le cadre de la supervision de la collecte des données, de la découverte de la réalité du terrain et des entretiens semi-directifs avec les bénéficiaires, le consultant a visité certains villages des trois îles (Annexe 12).

4.2 Plan d'échantillonnage

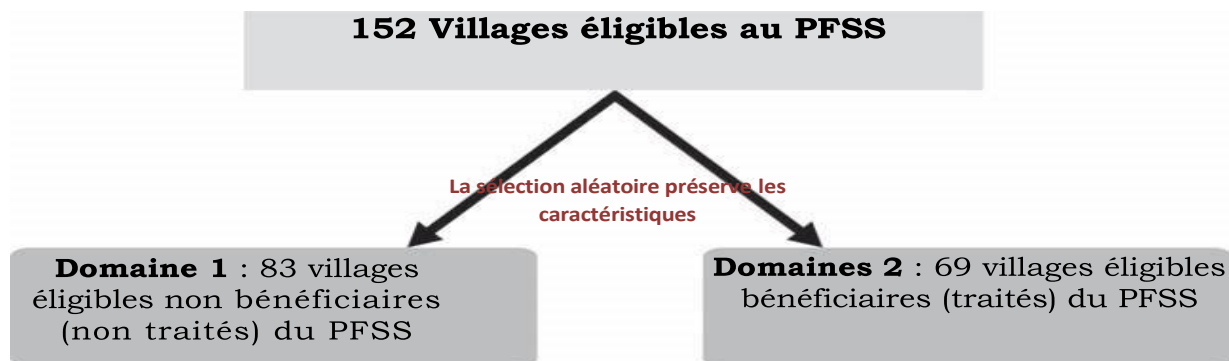
L'étude a été réalisée sur la base d'un échantillonnage par grappes en prenant en compte que les grappes ne doivent pas être frontalières afin d'éviter l'effet de transmission entre grappes.

4.2.1 Critères de sélection des ménages éligibles et l'attribution causale

La base de données utilisée pour le choix des ménages éligibles du PFSS dont l'une des composantes est le Projet ANJE est celle de l'Enquête Intégrale des Ménages de 2004 et le Recensement Général de la Population réalisée en 2003). Les critères fondamentaux pour être éligibles sont le taux de pauvreté des ménages du village et le regroupement des villages en zone d'intervention prioritaire (ZIP) en fonction de leur appartenance à un bassin versant. Le seuil de pauvreté du village pour être

éligible est d'au moins 70%. Les villages qui répondaient à ces critères étaient au nombre de 152. Parmi ces villages éligibles, 69 ont été sélectionnés de manière aléatoire pour être bénéficiaires (Figure 1 ci-dessous).

Figure 1 : Villages éligibles et les deux domaines d'échantillonnage obtenus par randomisation



Dans le cadre de l'attribution causale, les règles de sélection des bénéficiaires d'un Projet déterminent la méthode d'évaluation d'impact dudit Projet. Ainsi, selon les critères ci-dessus mentionnés, la méthode de l'offre aléatoire avec *estimation de l'intention de traiter* (IDT) et la méthode de *régression sur discontinuité*³ sont les plus indiquées. Dans ces conditions, l'échantillonnage doit permettre de comparer les populations éligibles traitées aux populations éligibles non traitées⁴. Les deux groupes de populations doivent avoir les mêmes caractéristiques observables et non observables. Les indicateurs de comparaison sont les mesures anthropométriques des enfants de 6 à 59 mois et des pratiques alimentaires notamment d'allaitement.

4.2.2 Domaines d'études

Les villages éligibles sont similaires entre eux sur les plans socioéconomique et culturel. Au nombre de 152, ils sont répartis sur les trois îles. Sur chacune d'elles, ces villages sont regroupés dans les mêmes zones géographiques⁵ donc exposés aux mêmes facteurs climatiques. Deux domaines d'études ont été définis (Figure 1 ci-dessus) et vont constituer les bases respectives de sondage :

- premier domaine d'étude : les villages éligibles « non bénéficiaires » du Projet ANJE. Ils sont au nombre de 83. Ces villages sont composés des ménages « non-traités » ou « ménages témoins » ;
- deuxième domaine d'étude : les villages éligibles et « bénéficiaires » du Projet ANJE ; ils sont au nombre de 69. Ces villages sont composés des ménages dits « traités ».

³ La régression sur discontinuité n'a pas été préférée car les TDR de la mission indiquent de distinguer les indicateurs des enfants de 0-23 mois et ceux de 24-59. Ces indications obligent à collecter les données sur un grand échantillonnage.

⁴ « En tant que telle, l'estimation de *l'intention de traiter* constitue une mesure d'impact tout à fait pertinente, car, dans la plupart des cas, les décideurs politiques et les responsables de programme ne peuvent qu'offrir le programme à des bénéficiaires potentiels et non imposer à la population cible d'y participer. » (Gertler, et al. 2011).

⁵ Le ciblage géographique est basé sur une formule de répartition qui a été convenue entre les gouvernements des îles. Selon cette formule, la Grande Comore recevra 45%, Nzouani recevra 42% et Mohéli recevra 12% des fonds de filet de sécurité (Banque mondiale 2015).

Chaque domaine d'étude constitue une enquête. La validité interne et la validité externe de l'échantillonnage ont été garanties par un tirage aléatoire à deux degrés au niveau de chaque domaine d'études. La sélection aléatoire préserve les caractéristiques des domaines d'étude et celles de tous les villages éligibles (Figure 1 ci-dessus).

Les deux groupes d'enfants de 0-59 mois au sein des deux domaines d'étude génèrent deux sous-groupes qui ont une forte probabilité d'être statistiquement identiques (Figure 1 ci-dessus) à tous les enfants des villages éligibles, pour autant que le nombre d'unités auxquelles est appliquée la randomisation soit assez important. Ainsi, les sous-groupes d'enfants enquêtés ont des caractéristiques observables et non observables moyennes, statistiquement équivalentes. Ces moyennes correspondent à la moyenne de tous les enfants de 0-59 mois éligibles au PFSS. Toute différence observée entre les résultats des deux sous-groupes d'enfants enquêtés ne peut être attribuée qu'au Projet ANJE.

4.2.3 Effets de diffusion

Certains villages traités sont frontaliers aux villages non traités. Afin d'éviter l'effet de diffusion sur les résultats d'impact, les villages témoins sélectionnés qui sont frontaliers aux villages traités ont été abandonnés. De nouvelles sélections aléatoires ont été opérées pour les remplacer. Aucun village traité sélectionné pour l'étude n'est donc pas frontalier aux villages témoins sélectionnés.

4.2.4 Tailles des échantillons

La taille de l'échantillon doit être suffisamment représentative au niveau de chaque domaine d'étude et de chaque strate ; elle doit permettre de :

- préserver les caractéristiques des villages éligibles ;
- comparer les enfants traités et les non-traités ;
- de distinguer les enfants de 0 à 23 mois et ceux de 24 à 59 mois ;
- de trouver les petites différences qui existent entre les différents groupes à comparer.

Un calcul de puissance a été opéré par le logiciel ENA (Emergency Nutrition Assessment) for SMART (Standardized Monitoring and Assessment for Relief and Transitions 2011) pour déterminer la taille minimum de l'échantillon de chaque domaine d'étude. Les paramètres sont : prévalence estimée 32%⁶ ; précision souhaitée 5% (95% d'intervalle de confiance) ; effet de grappe 1,5⁷ ; taille moyenne des ménages 6,4⁸ ; pourcentage d'enfants de moins de cinq ans 15, 3%⁹ ; pourcentage des ménages non répondants 3%. Le logiciel ENA a calculé le nombre de ménages et le nombre d'enfants à enquêter dans chaque domaine d'étude. Au total, pour chaque domaine, 639 ménages et 546 enfants de moins 59 mois à enquêter (Tableau 1 et Tableau 2). D'autres formules de calcul de puissance de confirmation de la taille de l'échantillon ont été utilisées (Annexe 3).

⁶ Taux de prévalence de la malnutrition chronique dans les zones rurales contre 25% en zones urbaines (EDS-MICS 2012).

⁷ Choisi par défaut par le logiciel ENA for SMART.

⁸ Selon une étude réalisée dans les mêmes villages (World Bank's Development Research Group (DECRG) 2017).

⁹ La proportion en zones rurales selon l'EDS-MICS 2012.

Tableau 1 : Paramètres pour anthropométrie et taille des échantillons

Paramètres pour l'anthropométrie	Valeur
Prévalence estimée de MAG (%)	32 %
± précision souhaitée (%)	5 %
Effet de grappe (<i>si pertinent</i>)	1.5
Enfants à inclure	546
Taille moyenne des ménages	6,4
% d'enfants de moins de 5 ans	15,3 %
% de ménages non-répondants	3 %
Ménages à inclure	639

Tableau 2 : Echantillonnage des ménages par domaine

	Nombre de grappes éligibles	Nombre de grappes de l'échantillon enquêtées	Nombre cible de ménages à enquêter	Nombre cible d'enfants de moins de 5 ans à enquêter	Nombre de ménages enquêtés	Nombre d'enfants de 0-59 mois enquêtés	Taux de couverture des enfants 0-59 mois enquêtés
Domaine 1	83	10	639	546	606	675	111%
Domaine 2	69	11	639	546	586	684	117%

4.2.5 Stratification et grappes d'échantillonnage

La taille des échantillons des enfants de 0-59 ou des mères à enquêter ne suffit pas pour une représentativité des différentes îles et de l'archipel. Il faut un mécanisme de répartition de cet échantillon. Les deux domaines d'étude ont été donc stratifiés. Trois strates ont été définies ; les villages éligibles de chaque île correspondent à une strate. Les strates sont composées de grappes. Les villages de ces strates représentent les grappes (Tableau 3).

Les grappes ont été tirées au premier degré. Statistiquement le choix aléatoire préserve les caractéristiques des villages dans chaque domaine d'étude comme le montre la Figure 1 ci-dessus (validité interne et validité externe sont assurées). Au second degré, les ménages avec les enfants de moins de cinq ans ont été identifiés et enquêtés exhaustivement ; tous les enfants de 6-59 mois ont été mesurés, les mères ou les personnes en charge des enfants de 0-24 mois ont été interviewées sur les pratiques de première mise au sein et de la poursuite de l'allaitement jusqu'à 24 mois. Les ménages qui n'ont pas d'enfant de 0-59 n'ont pas été enquêtés.

Tableau 3 : Répartition des grappes par strate

Îles (strates)	<i>Domaine d'étude 1 : villages non traités ou témoins</i>		<i>Domaine d'étude 2 : villages traités</i>	
	Nombre de grappes éligibles	Nombre de grappes sélectionnées	Nombre de grappes éligibles	Nombre de grappes sélectionnées
Ngazidja	41	6	44	6
Nzouani	32	3	17	3
Moheli	10	2	8	2 ¹⁰
TOTAL	83	12	69	12

4.3 Outils de collecte des données

Les outils sont composés du guide d'entretien et des matériels de mesure. Ils ont permis de collecter les données qualitatives et quantitatives.

4.3.1 Guide d'entretiens et d'observations

Le guide d'entretien a combiné les méthodes quantitative et qualitative (méthode mixte). Il est structuré en questionnaire, en sujets d'entretien semi-directif, en thèmes pour les observations dirigées (voir Annexe 2).

Le questionnaire comporte quatre modules : i) questionnaire-ménage ; ii) questionnaire pour la première mise au sein ; iii) questionnaire pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant ; iv) les mesures anthropométriques.

L'entretien semi-structuré porte sur les questions évaluatives notamment sur l'application des connaissances acquises, les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du Projet ANJE, les pratiques d'allaitement, la pérennité des activités du Projet, le statut nutritionnel des enfants, l'amélioration des niveaux des connaissances des mères.

Les observations ont porté sur l'état de santé de la mère et de l'enfant, et les habitudes alimentaires. Le guide d'entretien a été testé lors de la préenquête.

4.3.2 Matériels de mesure

Les matériels de mesure utilisés étaient : les tapis de mesures SECA 210 (toises pliables) et les toises en planche de précision ± 5 mm, les balances électroniques DETECTO capacité 20 kg avec une précision de 100 g, le ruban de périmètre brachial (PB) avec une précision ± 1 mm.

La collecte des données a été effectuée par vingt-deux enquêteurs et trois superviseurs. Ces agents ont été formés en une journée sur l'utilisation des matériels de mesure, une demi-journée de pratique en salle et une journée de pratique à titre expérimental dans certains villages non sélectionnés pour l'enquête.

Tous les enfants de 6-23 mois ont été pesés et leurs longueurs ont été prises en position couchée. Le périmètre brachial du bras gauche a été pris pour tous les enfants de 24-59 mois.

Les matériels de mesure ont été testés lors de la formation et de la préenquête.

¹⁰ En raison du nombre d'enfants dans les grappes, finalement une seule grappe a été enquêtée à Moheli dans le délai imparti.

4.3.3 Analyse documentaire

La revue documentaire a été faite avant la collecte des données. La documentation suivante, non exhaustive, a été consultée :

- les rapports de faisabilité du Projet ANJE (Document du Projet PFSS) ;
- les rapports de suivi du Projet ANJE ;
- EDS-MICS 2012 ;
- les deux plus récents rapports sur l'étude sur la mesure du niveau de vie (LSMS) ;
- etc.

La revue documentaire a permis de connaître les données existantes et de reconstituer la théorie du changement du Projet ANJE. Cette dernière a permis de comprendre comment les ressources ont été utilisées pour mener les activités ; comment celles-ci ont donné des produits qui ont entraîné les effets et les impacts.

4.4 Traitement des données

4.4.1 Traitement des données anthropométriques et de l'allaitement

Les données liées à l'allaitement ont été traitées dans Excel. Les mesures anthropométriques ont été saisies dans Excel et exportées dans ENA for SMART qui identifie les aberrations et les contradictions en tenant compte des normes OMS. Une vérification de qualité du questionnaire a été faite d'abord par les superviseurs ; ensuite par les agents de saisie et enfin par le consultant. Tous les questionnaires mal renseignés ou comportant des contradictions ont été corrigés à plusieurs niveaux. La première étape est de vérifier si l'erreur provient de la saisie, auquel cas on corrige directement dans la base. Au cas contraire, les agents de collecte sont repartis sur le terrain pour reprendre les mesures ou informations manquantes. Sans correction, le questionnaire n'est pas pris en compte.

Tous les doublons ont été supprimés par Excel. Une autre vérification de la présence de doublon a été faite dans ENA for SMART. Les aberrations identifiées par ENA for SMART ont été exclues de l'analyse. Les calculs et les graphiques ont été faits par les deux logiciels pour une triangulation des résultats.

4.4.2 Traitement des verbatim

Les déclarations des femmes des villages traités ont été saisies dans World. La technique d'analyse de contenu a permis d'identifier les verbatim qui traduisent l'opinion de ces femmes. Les opinions les plus récurrentes ont été retenues pour corroborer certains constats révélés par les données statistiques. Les déclarations uniques en leur genre ont été aussi prises en compte pour exprimer les opinions contradictoires sur le Projet.

4.5 Formation des enquêteurs et supervision de l'enquête

Les enquêteurs ont été sélectionnés sur la base de leur expérience en matière de collecte des données. La plupart sont des stagiaires ou fonctionnaires de l'INSEED ou ont participé à l'EDS-MICS 2012, ou au RGPH 2017. Ils ont été formés dans l'administration du guide d'entretien en français et en langue locale (*chocomori*) par le consultant et les points focaux en nutrition des trois îles. Les points focaux sont de formation nutritionniste ou anthropologue nutritionniste. Le nombre d'enquêteurs formés dans les trois îles est toujours supérieur au besoin. Après la formation, certains enquêteurs ont été retenus sur la liste d'attente. La formation a porté sur les modules du guide d'entretien cité supra. Les enquêtées ont été interviewées en *chocomori*.

La supervision de la collecte a été assurée par les points focaux nutrition de chaque île. Elle a consisté à apporter des éclaircissements au formulaire, centraliser et contrôler la qualité des formulaires remplis, remettre aux enquêteurs les formulaires non remplis ou mal remplis pour correction sur le terrain, etc.

4.6 Limites et avantages de la méthodologie

La mise en œuvre de la méthodologie a connu certaines limites et difficultés. Ces limites et difficultés ne sont pas de nature à compromettre les résultats. Il s'agit :

- inexistence des données de référence pour faire la comparaison entre la situation sans le Projet et la situation avec le Projet ;
- les toises en ruban ont été utilisées à Ngazidja parfois sur des surfaces rugueuses alors que la consigne est de mesurer les enfants sur les tables ou les surfaces planes. Les autres îles ont utilisé les toises en bois. Les mesures aberrantes identifiées par le logiciel ENA for SMART ont été exclues de la base des données ;
- les enquêteurs n'ont pas été formés sur les conduites à tenir en cas de malnutrition ;
- certains enfants n'ont pas été pesés parce que trop agités ou absents ;
- les enquêteurs devraient observer les enfants émaciés, anémiés et les enfants avec les œdèmes et noter leurs observations. Cependant, ils n'ont pas été suffisamment formés pour reconnaître et vérifier ces symptômes. L'analyse n'a pas pris en compte les cas de malnutrition avec œdème ;
- Absence des enfants de moins de cinq ans ou des femmes de 15-20 ans dans certains ménages pour des raisons liées aux vacances scolaires ou aux examens du BEPC et du BAC ;
- Absence des femmes dans certains ménages pour des raisons liées aux grands mariages (machouhouli) ;
- La transcription de la question « *Avez-vous jamais allaité ?* » a une autre connotation en *chocomori* (langue locale de l'enquête) à cause du mot « *jamais* » ; la réponse est susceptible d'être toujours « NON » pour signifier que c'est « OUI ». Les enquêteurs ont été priés de bien transcrire et au besoin de dire « *Avez-vous allaité ?* » ;
- Les PB étaient les seules mesures anthropométriques pour les enfants de 23-59 mois ce qui limitait la détection des enfants de cette tranche qui souffrent de malnutrition. Le PB associé au poids-taille est plus précis ;
- Les ménages dans certains villages étaient insuffisamment sensibilisés sur la collecte des données. L'enquête a pu tenir. Certaines cibles ont été enquêtées très tôt le matin avant leur départ pour leurs activités quotidiennes ou le soir à leur arrivée. Dans tous les villages, l'enquête a commencé par une visite de courtoisie au Chef de village. Le protocole et les objectifs de l'enquête lui sont présentés et son autorisation est donnée avant le début de la collecte.

La méthodologie revêt aussi certains avantages qui participent à la qualité des données et à leurs analyses. Ces avantages sont entre autres :

- Le taux de couverture de l'échantillon dépasse les 100% ;

- Les résultats sont présentés avec une marge d'erreur $\pm 5\%$ et un intervalle de confiance de 95% ;
- Une enquête mixte, à la fois quantitative et qualitative a été réalisée. Les grappes sélectionnées (villages) ont été enquêtées de manière exhaustive ; les enfants de 6-59 mois ont été mesurés ; les mères ou les personnes en charge des enfants de 0-59 mois ont été interviewées ;
- les balances utilisées avaient une précision de $\pm 100\text{g}$; les toises et les rubans PB de précision de $\pm 1\text{mm}$;
- les effectifs des enfants de 0-59 mois enquêtés sont très proches du nombre des enfants de 6 mois à 5 ans recensés dans les mêmes villages lors de la dernière campagne de nutrition organisée en juin 2019.

V. RESULTATS ET ANALYSES AUTOUR DES CRITERES D'EVALUATION

Les résultats et leurs analyses sont présentés autour des cinq critères d'évaluation du CAD et de l'équité (Annexe 10). L'appréciation de ces critères est fondée sur une grille (Annexe 8).

5.1 Pertinence du Projet ANJE

L'examen de la théorie du changement du Projet ANJE renseigne qu'il est aligné sur les différentes stratégies de développement de l'Union des Comores et les grands objectifs internationaux en matière de développement (Annexe 5).

L'objectif global : *Contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et infantile par l'offre d'un paquet d'interventions de nutrition communautaire dans des communautés vulnérables en réponse aux effets néfastes de la malnutrition sur le développement humain*, s'inscrit bien dans l'axe n°3 de la SCA2D 2015-2019 qui est : *Renforcement de l'accès aux services sociaux de base et à la résilience des ménages*.

L'objectif de développement du Projet (*Augmenter l'accès aux services de nutrition dans les communautés pauvres des trois îles ciblées par le Projet*) est aussi bien arrimé aux axes stratégiques N°1 et 3, à l'axe stratégique transversal N°1 de la PNNA 2018-2025, au résultat d'effet N°2 de l'UNDAF et au Programme de Coopération 2015-2021 (CPD) entre le Gouvernement de l'Union des Comores et l'UNICEF. Lesquels sont parfaitement alignés à l'orientation stratégique N°1.1 du PNDS 2015-2019 et à l'axe N°3 de la SCA2D 2015-2019 (Annexe 5). L'examen de la logique d'intervention du Projet ANJE, montre que toutes les interventions contribuent à la réalisation des objectifs 1, 2 et 3 des ODD.

L'examen de la théorie du changement renseigne que les résultats (extrants) concourent parfaitement bien à la réalisation de l'objectif de développement du Projet. Il s'agit des résultats n°1: Prestation d'un paquet de services, de pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les zones d'intervention du Projet ; n°2: Promotion de l'utilisation des pratiques d'alimentation optimales du nourrisson et du jeune enfant par les mères dans les zones d'intervention ; et n°3: Renforcement des capacités institutionnelles et techniques du ministère de la Santé pour améliorer la coordination de tous les acteurs intervenant dans la nutrition communautaire. Toutes les activités mises en œuvre concourent à la réalisation des résultats auxquels elles sont affiliées. Ainsi, la pertinence de la mise en œuvre du Projet est jugée très bonne même si on observe que d'autres activités pourraient aussi être ajoutées pour renforcer lesdits résultats.

Par ailleurs, l'approche participative qui a guidé la rédaction du PNDS et la SCA2D ont permis de prendre en compte les besoins et les attentes des bénéficiaires. Le

PNDS 2015-2019 a été élaboré en impliquant toutes les parties prenantes à savoir les prestataires, les PTF, les organisations de la société civile (OSC), le secteur privé, etc. La SCA2D a été aussi élaborée suite à une large concertation (rencontres de discussions, concertations à divers niveaux, focus group, groupe nominal, etc.) avec la participation active des Groupes techniques sectoriels (GTS), les Comités de Planification et de Suivi-Évaluation du Développement (COPSED) de Ngazidja, de Mohéli et de Nzouani, du secteur privé et autres représentants des OSC. Les représentants des populations pauvres et vulnérables ont été impliqués, dans la mesure du possible, dans la détermination des priorités de la SCA2D. Cette approche participative confirme que les besoins sont pris en compte et renforcent la pertinence du Projet.

En rappel, l'EDS-MICS 2012 renseigne que le taux de retard de croissance a augmenté de façon significative avec l'âge, atteignant 18% pour les enfants de moins de 6 mois, 43% chez les enfants de 18 à 23 mois et 16% des enfants avaient un faible poids à la naissance. La malnutrition est restée principalement concentrée dans les zones rurales. Le Projet ANJE est une solution aux besoins de la population et concourt à mettre en œuvre les attentes et les besoins nationaux en matière de nutrition exprimés dans l'EDS-MICS 2012, dans le PNDS et dans la SCA2D. Toutes les activités de la logique d'intervention sont en cohérence verticale et horizontale.

5.2 Efficacité du Projet ANJE

La cible du Projet est les enfants âgés de 0 à 5 ans dans les zones d'intervention et leurs mères, avec un accent particulier sur la fenêtre d'opportunité des « mille premiers jours » (de la grossesse à l'âge de 2 ans). Le Projet encourage ainsi la promotion de trois types de comportements pour les mères : Allaitement maternel exclusif (AME), la diversification des alimentations et la supplémentation en micronutriments et le lavage des mains (LM). Toutes les activités, selon le même document, devraient concourir à ces bonnes pratiques.

Le cadre du suivi et évaluation de la composante Nutrition (Banque mondiale 2015) comporte trois indicateurs de développement et deux indicateurs intermédiaires (Annexe 6). Le niveau d'atteinte de ces indicateurs sera apprécié pour mesurer l'efficacité du Projet.

Il est prévu que 60 communautés pauvres aient accès aux services de la composante Nutrition. On dénombre 69 villages, soit un bon taux de réalisation de 115%.

Il est prévu que le financement du Projet puisse couvrir 9600 Femmes enceintes/allaitantes, filles adolescentes¹¹ et/ou enfants de moins de cinq ans par les services de nutrition de base. Cela veut dire, selon l'esprit du Projet, que tous les programmes liés à la nutrition des enfants, des nourrissons, des femmes enceintes et filles allaitantes devraient bénéficier au moins à 9600 personnes de ce groupe. Le résultat obtenu après la mise en œuvre couvre 30 519 personnes¹² soit 317,9%.

Il est également prévu que 2800 enfants de moins de 24 mois bénéficient de l'amélioration de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE). Cet indicateur sous-entend que, des femmes enceintes devraient recevoir des suppléments IFA (iron folic acid) à travers un contact de point de service appuyé par la banque ou avec des produits IFA financés par la Banque distribués dans un programme financé par la Banque ou financé par un autre PTF au cours d'une période de 12 mois (voir Annexe 6 et Annexe 11). Les femmes enceintes ont besoin de

¹¹ Les femmes sont censées bénéficier en particulier des activités de filet de sécurité et de nutrition et devraient constituer au moins 50% des bénéficiaires du projet (Banque mondiale 2015).

¹² Source : Bureau UNICEF Comores (Rapport intérimaire 7, 2019).

fer, du zinc, de l'acide folique, etc. pour leur santé et celle des fœtus. Les interventions de supplémentation en micronutriments contribuent significativement à la réduction de la mortalité maternelle et infantile.

Concernant l'utilisation des fonds alloués pour réaliser les activités, 99,64% des fonds ont été décaissés ou engagés pour réaliser les objectifs susmentionnés. Ce taux est satisfaisant au vu de la grille de score de la présente évaluation (Annexe 8).

En conclusion, les deux premiers résultats d'objectif de développement sont très bons et le troisième est bon. De manière globale, la performance du Projet est bonne au niveau des objectifs de développement. Ce score serait la conséquence des résultats intermédiaires qui ont été directement obtenus par la mise en œuvre des activités.

Concernant les résultats intermédiaires, il était envisagé que 9200 enfants de moins de cinq ans soient inscrits dans le programme de surveillance de la croissance. Selon le document du Projet cet indicateur veut dire que 2800 enfants de moins de 2 ans et 6.400 enfants âgés de 2 à 5 ans vivant dans les 69 communautés ciblées devraient bénéficier ou être touchés par le Projet ANJE. Les rapports de suivi consultés par la mission d'évaluation finale indiquent que 6 654 enfants âgés de 0-23 mois ont été enrôlés dans le programme et 6 427 enfants recensés de 24-59 mois ont bénéficié des activités de SPC (mesure PB). Ce qui porte à 13 081 enfants soit plus de 142,18% de réalisation. Il est à noter que pour la tranche d'âge de 24-59 mois, 100,42% (6427/6400) des enfants ont été couverts, ce qui donne un bon résultat pour cette tranche d'âge et par conséquent pour ce résultat.

Les ASC constituent la cheville ouvrière du Projet au niveau communautaire. Le Projet a prévu former 100. Plusieurs formations leur ont été offertes ; le nombre de formés varie d'un module à un autre. Concernant la formation sur les services ANJE, 105 ont été formés soit 105%. Ce résultat intermédiaire est bon, mais on note que tous les ASC n'ont pas suivi les mêmes modules de formation et n'ont pas reçu les mêmes équipements.

Sur les trois indicateurs de développement, la réalisation a été très bonne pour les deux premiers et bonne pour le troisième. Concernant les deux indicateurs intermédiaires, leurs réalisations ont été respectivement très bonne et bonne. Sur la base de ces constats, l'efficacité globale de la mise en œuvre du Projet est bonne. L'analyse de ce score nécessite d'examiner les activités pour identifier les facteurs favorisants.

Les activités prévues sont analysées pour comprendre la performance du Projet¹³. De cet examen, il transparaît que des efforts appréciables ont été faits pour mettre en œuvre la majorité des activités et décliner d'autres activités en sous-activités dans le seul but d'obtenir les résultats escomptés. Cependant, certaines activités n'ont pas été réalisées ou l'ont été insuffisamment¹⁴. On cite entre autres :

- l'enrichissement des aliments ;
- la cartographie des parties prenantes dans le domaine de la nutrition ;
- l'équipement des ASC avec des apports nutritionnels conçus pour la prévention de la malnutrition des jeunes enfants ;
- la conception d'un guide alimentaire pour les ménages ;

¹³ Les activités mentionnées dans le document du Projet (Banque mondiale 2015) sont indicatives. Mais pour renseigner les indicateurs, la mise en œuvre de certaines est obligatoire.

¹⁴ L'Annexe 11 : Tableau des indicateurs PFSS révisés signale que les indicateurs ont été modifiés en cours de mise en œuvre pour la composante « Filets sociaux », mais pas pour la composante « Nutrition ».

- la fourniture d'équipements audiovisuels aux Centres de récupération nutritionnelle intensive ou CRENI dans les zones d'intervention en vue de faciliter des démonstrations culinaires ;
- la formation du personnel de santé et ASC sur la façon de procéder à un suivi de la croissance et des conseils de santé génésique ;

Le reporting était prévu se faire semestriellement. Cette périodicité devrait permettre d'identifier rapidement les activités en suspens, de suivre les indicateurs et de réajuster les objectifs. Force est de constater que les rapports sont faits, mais tardivement. Ces retards ont impacté le suivi des activités et l'efficacité du Projet. Si le financement était insuffisant ou autres facteurs empêchaient la mise en œuvre de toutes les activités, les rapports intermédiaires auraient pu les justifier. On remarque aussi que les taux de réalisation des indicateurs sont parfois très élevés (317,19%, 237,64%).

Par ailleurs, concernant l'efficacité du Projet, certaines interventions sont citées par les femmes bénéficiaires comme de bonnes pratiques. Il s'agit des démonstrations culinaires et les pesées régulières des enfants. Ces interventions méritent d'être renforcées et généralisées aux autres villages. Elles ont contribué significativement à l'adhésion des femmes et à la réalisation des objectifs atteints.

Tableau 4 : Indicateurs d'objectifs de développement et intermédiaires prévus et réalisés

Indicateurs prévus et attendus par le document de Projet	Réalisés	Constats
<i>Indicateurs d'objectifs de développement¹⁵</i>		
a) 9600 Femmes enceintes / allaitantes, filles adolescentes et/ou enfants de moins de cinq ans touchés par les services de nutrition de base	2 821 femmes enceintes 1477 filles /garçons adolescentes 14524 mères des enfants 14 518 enfants de moins de cinq ans	Pour tous les groupes-cibles réunis, 317,9% (30 519/9600) de réalisation. Ce taux de réalisation est jugé très bon.
b) 2800 enfants de moins de 24 mois bénéficiant de l'amélioration de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE)	6 654 enfants ont été touchés	Très bon taux de réalisation de 237,64%.
c) 60 communautés pauvres qui ont accès aux services de filet de sécurité et de nutrition	<ul style="list-style-type: none"> • 8 visites en moyenne par mois par les points focaux dans les 69 villages ANJE • 43 villages à Ngazidja, 17 à Anjouan et 2 à Mohéli ont bénéficié des démonstrations culinaires 	69 villages sur 60 prévus ont eu accès aux services de filets sécurité et de nutrition. Ce résultat un jugé bon.
<i>Indicateurs intermédiaires¹⁶</i>		
d) 9200 enfants de moins de cinq ans inscrits dans le programme de surveillance de la croissance ¹⁷	<ul style="list-style-type: none"> • 13 081 enfants moins de cinq ans inscrits dans le programme de surveillance de la croissance. 	142,18% (13 081/9200) de la population ciblée ont été touchées par les programmes de nutrition soutenus par la Banque. Le résultat est très bon.

¹⁵ Voir Annexe 11 et le Rapport intériménaire 7 (couvrant la période du 15 février au 15 août 2019).

¹⁶ Voir Annexe 11 et le Rapport intériménaire 7 (couvrant la période du 15 février au 15 août 2019).

¹⁷ La composante nutrition couvrira environ 2 800 enfants de moins de 2 ans et environ 6 400 enfants âgés de 2 à 5 dans les mêmes communautés ciblées par les activités de filet de sécurité (Banque mondiale 2015).

Indicateurs prévus et attendus par le document de Projet	Réalisés	Constats
		<p>Concernant la tranche d'âge de 0-23 mois, le Projet à un taux de réalisation de 237,64% (6 654 /2800) ce qui est très bon.</p> <p>Concernant la tranche d'âge de 24-59 mois, le Projet a un taux de réalisation de 100,42% (6427/6400), ce qui donne un bon résultat pour cette tranche d'âge.</p>
<p>e) 100 agents de santé communautaires (ASC) formés pour fournir des services ANJE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 85 ASC renforcés sur les techniques de communication en nutrition communautaire • Capacités de 105 ASC ont été améliorées en matière d'utilisation des registres communautaires et de collecte des données • Amélioration des compétences de 52 ASC sur les techniques des mesures anthropométriques 	<p>Les 105 ASC ont été touchés au moins par une formation. Ce résultat est jugé bon. Cependant d'autres ASC n'ont pas pu bénéficier de certains modules de formation.</p>

5.3 Efficience du Projet ANJE

L'ambition initiale du Projet était de couvrir au moins 90% des enfants de moins de 5 ans vivant dans les villages bénéficiaires soit 9 200 enfants de moins de 5 ans, 100 ASC formés pour fournir des services ANJE et 60 villages couverts. Dans l'optique de réaliser ces résultats, les ressources humaines affectées comportent un point focal au niveau de chaque île, une équipe de gestion au niveau gouvernemental et une autre au niveau de l'UNICEF. Le personnel affecté est qualifié et spécialisé dans leur domaine respectif d'intervention. L'équipe est appuyée par la logistique composée de 4 véhicules Nissan Pickup, environ une douzaine d'ordinateurs portables, plus de 700 matériels et ustensiles de démonstration culinaire (toutes catégories confondues), des tenues de travail pour les ASC, etc. Les matériels ont été répartis sur chaque île.

L'analyse des données financières fait apparaître que 87,92% des fonds débloqués sont utilisés pour la survie de l'enfant et 59,1% de ces fonds de survie de l'enfant sont directement affectés à la communauté de base. Le reste a servi au renforcement des services de nutrition, à la surveillance nutritionnelle, aux politiques et stratégies, au suivi-évaluation. Seulement 12,08% des fonds sont affectés à la coordination. Habituellement le taux se situe entre 15% et 20%. Des efforts ont été donc consentis pour réduire les dépenses de coordination et privilégier les dépenses au niveau communautaire.

Au niveau des équipements et matériels, on note qu'ils ont été affectés selon la taille et les besoins de chaque île. L'analyse de l'efficience porte seulement sur l'île Ngazidja qui couvre 47 villages sur les 69. En effet, pour cette île, le tableau d'affectation renseigne que malgré les efforts déployés pour répondre aux besoins, certains matériels n'ont pas pu être affectés comme prévu ou n'ont pas suffi pour les 47 villages. Il s'agit entre autres : des toises, des pots à cuisiner, les « springs » de balance, les élingues pour balance, etc. Par conséquent, certains ASC et certaines communautés n'ont pas eu les mêmes moyens pour réaliser leurs missions. Nonobstant les efforts consentis pour réduire les dépenses au niveau de la coordination, cette insuffisance de matériels aurait pu être compensée par l'économie générée par la non-réalisation de certaines activités.

Les procédures de passation des marchés sont aussi indispensables pour une économie de ressources financières dans le but d'investir davantage au niveau communautaire. On note dans ce cadre que l'équipe du Projet est soutenue par l'équipe fiduciaire existante d'UNICEF (un spécialiste de gestion financière, un spécialiste de passation des marchés, un comptable et un auditeur interne) outillée dans le domaine. Généralement, les procédures administratives et financières propres à l'unité de gestion du Projet, ouvertes à toutes les parties prenantes y comprises, si besoin, l'autorité de régulation des marchés publics (ARMP) favorisent davantage l'efficience financière.

Le taux de décaissement et d'engagement des ressources affectées au Projet est estimé à 99,64% ce qui est considéré comme bon en matière de gestion financière. Devant ce bon taux, certaines activités prévues (voir § 5.2 *Efficacité du Projet ANJE*) n'ont pas été mises en œuvre. Les éléments à notre possession ne nous permettent pas de conclure que cette modification de la programmation des activités concourt ou pas, à optimiser l'utilisation des ressources financières. Mais habituellement, les causes sont l'inflation, la fluctuation du dollar ou la non-optimisation des ressources. Pour le cas de ce Projet, on pourrait aussi poser l'hypothèse de l'augmentation du nombre de villages prévu et budgétisé qui est passé de 60 à 69. Cette augmentation des cibles pourrait aussi expliquer l'insuffisance de fonds pour certaines activités.

Dans tous les cas, en tenant compte des éléments à notre disposition, on note que le fort taux de décaissement et d'engagement n'a pas permis d'équiper en matériels de travail toutes les communautés, et certaines activités prévues n'ont pas été réalisées. Un bon taux de décaissement devrait permettre de mener toutes les activités prévues.

5.4 Impact du Projet ANJE

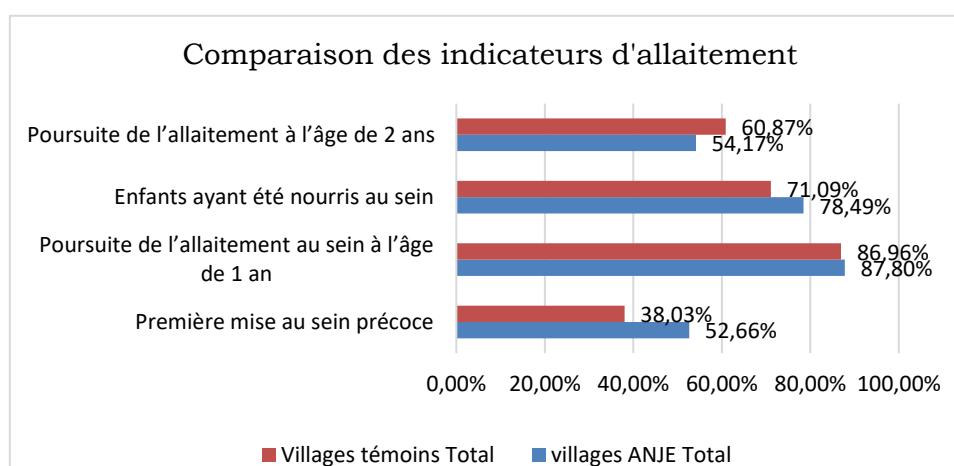
L'EDS-MICS a estimé à 173 pour cent mille naissances, le taux de mortalité maternelle et 50 ‰ la mortalité infanto-juvénile. A long terme le Projet ANJE vise à contribuer à la réduction de ces taux par l'offre d'un paquet d'interventions de nutrition communautaire dans les 69 communautés vulnérables ciblées. Cette contribution sera possible si à court terme les effets attendus sont réalisés. Ces effets sont mesurés dans cette analyse par l'avantage que le Projet a généré pour les communautés ciblées.

La méthode de l'offre aléatoire avec *estimation de l'intention de traiter* a été utilisée pour comparer les villages traités et les villages témoins (voir § 4.2.1 *Critères de sélection des ménages éligibles et l'attribution causale*). Cette méthode a été appliquée sur les indicateurs d'allaitement et anthropométriques. L'impact du Projet est donc la différence entre les mesures de ces indicateurs dans les villages traités et villages témoins. L'existence des données de référence aurait amélioré l'analyse en ce qui concerne l'évolution des indicateurs dans le temps et la précision des impacts.

Les indicateurs d'allaitement (voir détails à l'Annexe 7). En rappel, l'EDS-MICS 2012 estime à 94% les mères qui allaitent leurs enfants et 34% celles qui ont allaité leurs enfants l'heure qui a suivi la naissance ; ce dernier taux est à 35% dans les zones rurales. L'allaitement maternel est pratiqué à 71% pour les enfants âgés de 12-17 mois ; et 58% des mères continuent l'allaitement entre 18 et 23 mois.

Le Graphique 1 compare quatre indicateurs d'allaitement¹⁸ dans les deux domaines d'étude. Ces indicateurs nous renseignent sur l'effet des sensibilisations pour la mise au sein dans les villages traités. Le lait maternel selon l'UNICEF est le premier vaccin du bébé ; il lui permet de renforcer ses défenses immunitaires. Les retombées économiques sont intenses pour les familles et les pays car l'allaitement fait baisser les dépenses de santé.

Graphique 1 : Comparaison des indicateurs d'allaitement



¹⁸ Les indicateurs calculés dans cette évaluation ne sont pas extrapolables au pays. Ils sont respectivement valables pour les 69 villages traités et les 83 villages témoins.

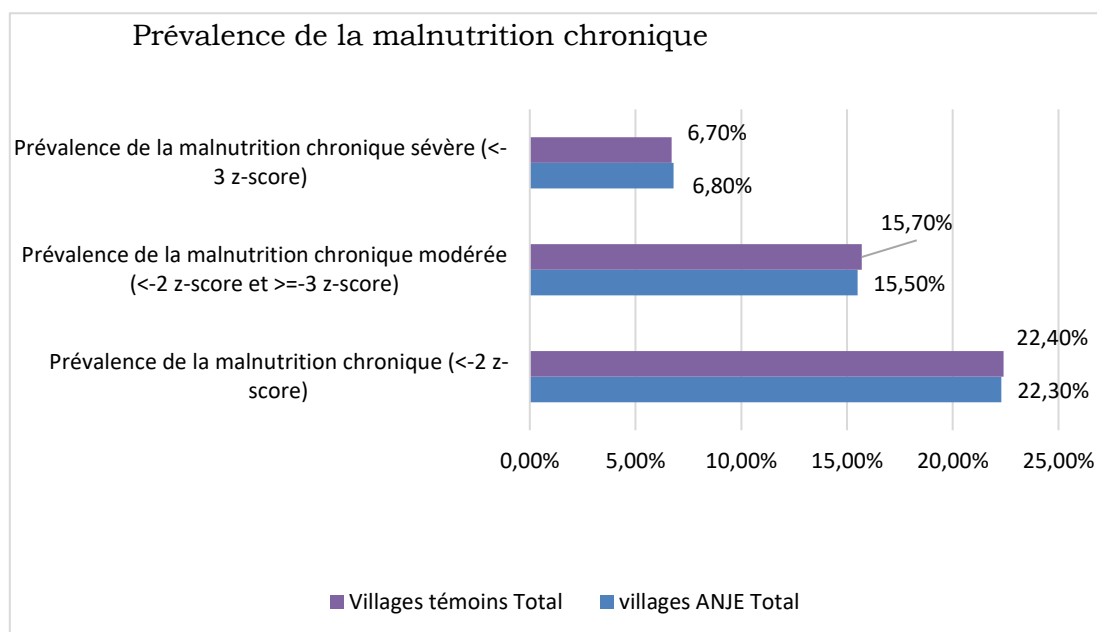
Dans le Graphique 1 ci-dessus, il apparaît que dans les villages traités, les indicateurs sont meilleurs pour la plupart des cas que dans les villages témoins. La proportion d'enfants nés dans les 24 derniers mois, qui ont été mis au sein dans l'heure qui a suivi leur naissance, est de 38,03% pour les villages témoins contre 52,66% pour les villages traités. La même tendance est observée pour les indicateurs *Enfants ayant été nourris au sein* et *Poursuite de l'allaitement au sein à l'âge de 1 an*. Les impacts positifs du Projet sont respectivement de 7,40 et 0,84 point.

Cependant, il n'est pas observé, selon les résultats de l'étude, de différence positive entre les villages traités (54,17%) et les villages témoins (60,87%) pour l'indicateur *Poursuite de l'allaitement à l'âge de 2 ans* (Graphique 1 ci-dessus).

Les indicateurs anthropométriques. Les indicateurs ont été collectés auprès des enfants de 6-23 mois (voir les détails à l'Annexe 7). Ils nous renseignent sur l'émaciation, le retard de croissance et l'insuffisance pondérale. Le Graphique 2 ci-dessous compare le retard de croissance ou malnutrition chronique entre les villages témoins et les villages traités. Dans les cas de la prévalence de la malnutrition chronique modérée et de la malnutrition chronique, les villages témoins ont une prévalence légèrement plus élevée respectivement de 0,2 et 0,1 point de différence positive due au Projet. Par contre dans le cas de la malnutrition chronique sévère, la tendance est à l'inverse.

En tenant compte de l'échantillon enquêté pour mesurer l'indicateur dans les deux domaines d'étude, on constate globalement que 44,53% des enfants traités souffrent de malnutrition chronique contre 44,84% pour les enfants témoins (Annexe 7).

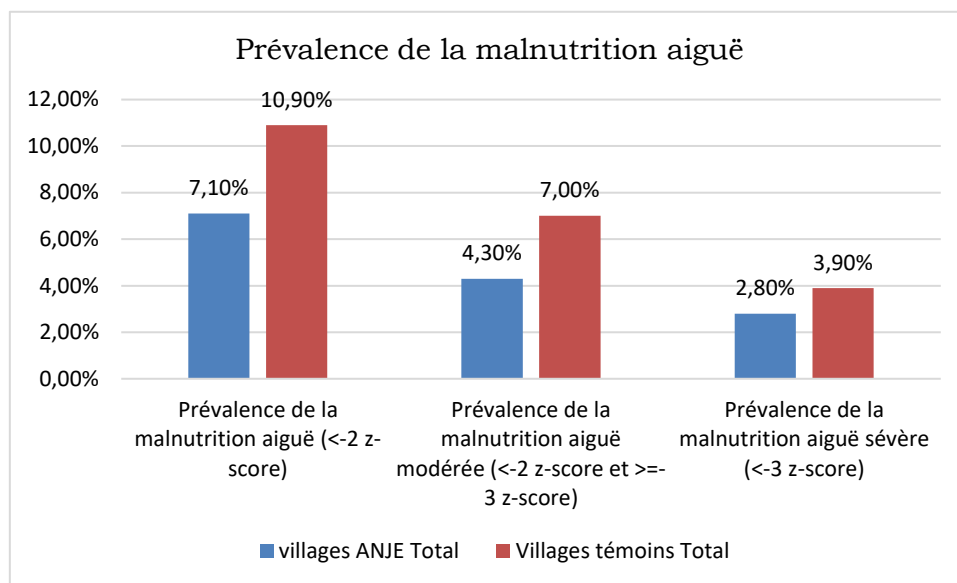
Graphique 2 : Impact sur la prévalence de la malnutrition chronique



Le Graphique 3 renseigne que la prévalence de l'émaciation est dans les trois cas de figure plus élevée dans les villages témoins que les villages traités. L'impact est plus prononcé au niveau de la MAG (3,80 points de différence) et de la MAM (2,7 points de différence).

Il était déjà mentionné dans les résultats précédents que la prévalence de la MAG est dans l'intervalle considéré par l'OMS comme « situation grave » dans les villages témoins et « situation faible » dans les villages traités (Annexe 4).

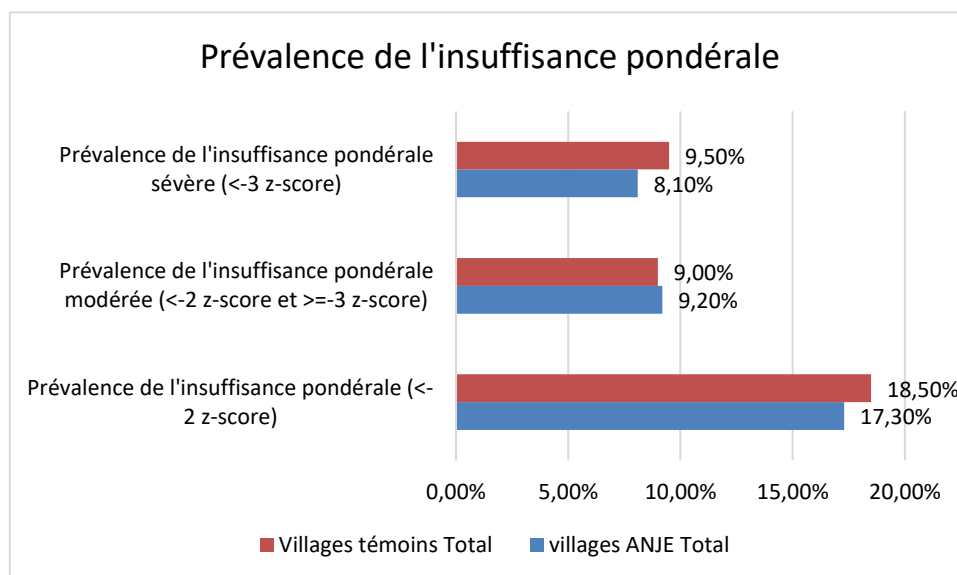
Graphique 3 : Impact sur la prévalence de la malnutrition aiguë



Le Graphique 4 ci-dessous compare la prévalence de l'insuffisance pondérale. Cet indicateur est la résultante des effets des deux indicateurs précédents. Il renseigne que dans les villages traités, la prévalence de l'insuffisance pondérale et de l'insuffisance pondérale sévère sont plus faibles que celles des villages témoins soit des écarts respectifs de 1,2 et 1,40 points. Par contre la prévalence de l'insuffisance pondérale modérée est plus élevée dans les villages traités de 0,2 point.

Au regard des échantillons de l'étude d'évaluation, il ressort que 36,94% des enfants des villages témoins sont dans une situation d'insuffisance pondérale contre 34,62% des enfants des villages traités (Annexe 7).

Graphique 4 : Impact sur la prévalence de l'insuffisance pondérale



Au travers l'analyse des indicateurs susmentionnés et des déclarations des femmes bénéficiaires, il n'a pas été observé d'impact négatif dû au Projet. Bien que l'évaluation finale ait été faite moins de deux mois après la fin du Projet, il est observé

des effets réels sur la santé nutritionnelle des enfants. La performance des impacts induits par le Projet est bonne.

5.5 Viabilité du Projet ANJE

La viabilité de ce Projet dépend des autres composantes du PFSS, de l'approche utilisée pour son élaboration et sa mise en œuvre, de l'appropriation du Projet par les bénéficiaires, de la synergie d'action avec les autres PTF contre la malnutrition, et des points de vue des bénéficiaires sur le Projet. L'analyse porte sur ces aspects.

Interdépendance avec les autres composantes du PFSS. Le Projet PFSS a plusieurs composantes. La composante ACT fournit aux bénéficiaires des moyens financiers susceptibles d'améliorer leurs conditions socioéconomiques. Des sous-Projets communautaires sont financés dans le but d'améliorer les ressources financières et de productions des ménages. Le succès de la composante ACT serait un gage de plus pour la pérennisation des acquis du Projet ANJE. Il permettrait aux bénéficiaires d'être autonomes et de subvenir à leurs besoins financiers et alimentaires.

Approche participative et appropriation. Spécifiquement pour le Projet ANJE, l'approche participative est un facteur clé de son appropriation et par conséquent de sa viabilité. En effet, le Projet ANJE tire sa source du PNDS, de la PNNA et de la SCA2D qui ont été rédigés de manière participative en prenant en compte les besoins de la population comme indiqué au § 5.1 *Pertinence du Projet ANJE*. Force est de constater que la rédaction du PFSS dont une composante est le Projet ANJE n'a pas été faite de la même manière participative même s'il répond aux besoins des bénéficiaires. Les dirigeants communautaires et les leaders d'opinion (y compris les chefs religieux, les ASC, les chefs de village, les OSC notamment celles des femmes) n'ont pas été impliqués suffisamment dans l'élaboration du Projet. Cependant, on remarque qu'ils ont pris « le train en marche ». Ils ont été impliqués dans la mise en œuvre. Le choix des ménages bénéficiaires a été fait de manière aléatoire et participative par les communautés et pour les communautés.

Notons aussi que les ASC, les PTF, le gouvernement et les organisations communautaires sont également des acteurs clés pour une pérennisation des actions. Afin d'amener les ASC à s'approprier leur mission pour la pérennisation des acquis du Projet, ils étaient motivés à hauteur de 7 500 KMF par mois. Ils ont bénéficié des formations et ont été équipés en tenues et matériels de travail. Ces équipements s'ils sont bien entretenus permettront de continuer le travail après le Projet. Il est à noter que les ASC devraient être dotés des apports nutritionnels conçus pour la prévention de la malnutrition des jeunes enfants, et devraient être formés avec le personnel de soins de santé sur les pratiques liées à l'ANJE. Une prise en charge progressive de ces activités par l'Etat aurait pu assurer une dévolution des acquis du Projet.

Par ailleurs, les bénéficiaires indirects susceptibles de pérenniser les bonnes pratiques du Projet sont les jeunes filles, les hommes et les femmes des villages bénéficiaires¹⁹. Ces pratiques sont souvent : les nouvelles connaissances sur l'alimentation des nourrissons apprises lors des sensibilisations, les démonstrations culinaires et les pesées régulières des enfants. Il y a nécessité d'impliquer davantage ces hommes et femmes.

¹⁹ Ces informations ont été tirées de l'analyse de contenu des verbatim des femmes bénéficiaires (voir module entretien du questionnaire Annexe 2 : Guide d'entretien).

Intégration des interventions. L'intégration d'autres programmes contribue aussi à la mutualisation des efforts et à la pérennisation. Il s'agit notamment les actions conjointes du Projet ANJE avec la SR, l'agriculture, la Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né et de l'Enfant (PCIMNE), le WASH (Water, Sanitation and Hygiene). Ceci devrait entraîner dans la mise en œuvre une mutualisation des efforts contre la malnutrition chez les enfants et les femmes enceintes et donc des actions en synergie avec d'autres PTF comme la FAO, l'OMS, l'UNFPA, l'association pour la protection des consommateurs, le Croissant Rouge, Caritas. Cette synergie existe, mais peut davantage être renforcée pour plus de visibilité.

Verbatim des bénéficiaires. De l'examen des déclarations des femmes interrogées dans le cadre de l'entretien semi-structuré, il ressort qu'elles analysent différemment les avantages du Projet pour les répliquer. Pour certaines femmes bénéficiaires, les pratiques acquises vont continuer sans difficulté. L'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois est acquis et va se perpétuer. Les démonstrations culinaires ont permis d'améliorer les mets en intégrant les aliments locaux financièrement et géographiquement accessibles comme « le lait de vache », le « *trango* », l'arachide, les bananes, le maïs, la carotte, le manioc, la pomme de terre, etc. Par contre, pour d'autres femmes, il faut encore des soutiens techniques des ASC et financiers venant des PTF ou du gouvernement.

En conclusion, certaines bénéficiaires se sont donc approprié les connaissances acquises de manière à les intégrer dans leurs pratiques. Pour ces bénéficiaires les pratiques nutritionnelles ont changé avec les sensibilisations sur l'allaitement maternel et les démonstrations culinaires. Les verbatim²⁰ qui le confirment sont :

« Avant on donnait à nos enfants tout ce qu'on trouvait. Maintenant on prend soin d'eux. »

« Aucun obstacle ne peut nous faire perdre les pratiques, car elles nous servent beaucoup dans la vie quotidienne des enfants. »

« On a aimé le Projet car il a modifié notre mode d'alimentation quotidienne. »

« Comme nous sommes pauvres, le Projet est une manière d'améliorer les repas des enfants. »

« On achetait des aliments comme cérélac et on dépensait beaucoup d'argent en achetant par exemple du lait, du biberon. »

« On sait des choses qu'on ne connaissait pas pour les enfants. »

« Avant j'utilisais du lait et le Projet m'a montré le bon chemin. »

« Ce Projet a un avantage, c'est pas forcément la viande ; chez nous il y a à manger sans gaspiller de l'argent. »

« On aimerait que ces pratiques soient appliquées dans les autres villages pour que leurs enfants grandissent en bonne santé. »

« Au contraire on aimerait bien que ce Projet soit continué pour qu'on garde et applique les pratiques. Car, les démonstrations culinaires qu'on réalise sont

²⁰ Pour les verbatim, la transcription a essayé d'être le plus proche du vernaculaire « *chicomori* » pour traduire véritablement l'idée et les expressions de l'interviewée.

devenues comme pratiques quotidiennes et mêmes nous les mamans faisons les repas comme repas familiaux... »

Par contre d'autres estiment que rien a changé. Elles continuent avec les anciennes habitudes en alternant avant l'âge de 6 mois le lait maternel, le lait animal ou le lait acheté au marché. Pour les enfants plus âgés, l'alimentation n'a pas changé non plus par rapport au passé. Leurs déclarations sont :

« J'ai commencé à adopter les pratiques, mais peu de temps après j'ai abandonné par manque d'argent. »

« Le Projet c'est bon, mais l'enfant a refusé de prendre le repas qu'on a appris à préparer. »

« J'ai jamais pratiqué ce que j'ai appris à cause du manque d'argent. »

« Je bénéficie du Projet, mais le temps me manque pour pratiquer. »

Elles sont peu nombreuses à ne pas apprécier les avantages du Projet. Le degré de viabilité du Projet est donc acceptable avec un risque de recul. Il est nécessaire de faire des accompagnements au niveau des ASC, un soutien aux ménages, des actions conjointes avec les autres programmes et une poursuite des sensibilisations et des démonstrations culinaires à tous les villages bénéficiaires ou non.

5.6 Equité du Projet ANJE

L'équité est analysée sous l'angle de l'autonomie des femmes, de l'amélioration de leurs conditions de vie et celles des enfants.

L'étude n'a pas quantifié les revenus des femmes. Cependant selon leurs déclarations on note des avis divergents sur l'augmentation de leurs revenus induite par le Projet. Celles qui suivent les pratiques enseignées dépensent moins pour leurs enfants. Quelques déclarations :

« Avant il me faut 5 000F pour préparer la nourriture de l'enfant. Actuellement avec 1 000F je m'en sors sans inquiétude ».

« Le Projet a permis de savoir qu'on a pas besoin de beaucoup d'argent pour nourrir l'enfant. Cela arrange les familles pauvres.»

« Le Projet permet de donner à l'enfant de quoi manger sans l'intervention du père. »

« J'ai la possibilité de prendre soin de l'enfant. »

« Le Projet nous a permis de diminuer la pauvreté, car on achète plus de lait artificiel. »

« J'observe un retard de grossesse durant l'allaitement et une économie d'argent destiné à l'ancienne alimentation. »

On observe donc que certaines femmes progressent vers l'autonomisation. Elles s'occupent de l'alimentation des enfants avec peu de ressources, dépendent moins de leurs époux et font de l'économie pour répondre à d'autres besoins. D'autres avantages selon les déclarations des femmes interviewées sont que les enfants ont un bon état de santé et une bonne croissance. De manière indirecte, selon toujours les

déclarations des bénéficiaires, les pères des enfants, les jeunes filles, les autres enfants plus âgés profitent indirectement du Projet.

Cependant, il persiste encore chez d'autres femmes les difficultés financières pour faire face à la santé de leurs enfants. Quelques déclarations :

« Manque de moyen financier. » « Manque d'aliments, où trouver de la nourriture ? »

« Donner au moins la moitié de l'alimentation pour encourager ceux qui ne sont pas capables. »

« Je vais perdre les bonnes manières un jour après le Projet si je ne trouve plus les aliments nécessaires »

Comme tout Projet de développement, il est difficile de satisfaire tout le monde. Le constat général est que le Projet ANJE contribue progressivement à l'autonomisation de certaines femmes bénéficiaires. Elles ne sont pas pour autant totalement autonomes. A en croire les déclarations, le Projet a permis aussi une amélioration progressive des conditions de vie des enfants des familles pauvres et vulnérables de manière à augmenter les chances de développer leur plein potentiel. Les déclarations recueillies renseignent que beaucoup sont aussi les femmes qui n'ont pas tiré profit du Projet. Les points de vue sont par conséquent partagés. Nous concluons que les actions pour plus d'équité dans les zones couvertes sont perfectibles ; et ces actions sont liées à la viabilité des interventions. Si les interventions ne sont pas pérennes, les bonnes pratiques liées à l'équité vont disparaître.

CONCLUSIONS

Le Projet ANJE est évalué moins de deux mois après sa mise en œuvre. L'évaluation a répondu à la question de recherche qui est : les indicateurs d'effet sont-ils meilleurs dans les villages bénéficiaires du Projet ANJE ?

Au regard des résultats, les indicateurs d'effet sont meilleurs dans les villages bénéficiaires. Cependant, des points à améliorer subsistent. Certaines activités n'ont pas été menées ou l'ont été insuffisamment. Les activités non menées pourraient être prévues dans les Projets à venir en mettant l'action sur l'approche participative afin de les adapter au nouveau contexte. La budgétisation surtout la quantification des besoins doit être améliorée afin que les destinataires puissent avoir les mêmes moyens pour réaliser leur mission. L'insuffisance d'intégration des interventions et de mutualisation des financements pourrait aussi être améliorée dans le prochain Projet.

Des points forts aussi ont été observés. Les impacts induits par le Projet sont des preuves qu'il a apporté des changements sur l'état nutritionnel des enfants et sur les pratiques alimentaires des mères. Certaines femmes progressent vers l'autonomisation. Elles ne sont pas pour autant totalement autonomes. Le Projet a permis aussi une amélioration progressive des conditions de vie des enfants de manière à augmenter les chances de développer leur plein potentiel. On déduit que le Projet de ce genre pourrait être considéré comme des interventions à haut impact sur la nutrition et la santé des enfants et des mères. Des interventions similaires pourraient être répliquées dans les localités, régions ou pays ayant les mêmes réalités sociales et nutritionnelles. Aussi, il y a nécessité d'assurer la viabilité des actions.

Les facteurs susceptibles d'assurer la viabilité sont l'implication des bénéficiaires dans les phases d'élaboration et de mise en œuvre, la collaboration intersectorielle et l'équipement des agents de santé ou des ASC. La dévolution est aussi souhaitable pour une viabilité des interventions. Elle pourra être assurée par le gouvernement en finançant la motivation des ASC et les activités importantes, mais non réalisées ou non prises en compte par les Projets.

Les seules actions de lutte contre la nutrition et l'alimentation du jeune enfant ne suffiraient pas si le taux de fécondité est toujours élevé. La collecte des données a révélé que dans les îles de Moheli et Nzouani, le nombre d'enfants de moins de cinq ans est très élevé par rapport à Ngazidja. Les interventions de capture de dividende démographique et les programmes de développement du capital humain renforceraient consolideraient les actions de lutte contre la malnutrition.

CONSTATS, ENSEIGNEMENTS ET RECOMMANDATIONS

Quelques points forts, des points à améliorer et de bonnes pratiques ont été répertoriés. Des constats, les recommandations ont été formulées.

POINTS FORTS

- Un bon ancrage du Projet aux stratégies nationales et internationales de développement.
- Une bonne réponse aux besoins de la population et aux diagnostics réalisés par l'EDS-MICS 2012 et l'Analyse de l'Enquête Intégrale auprès des Ménages (EIM)-2004.
- Bien que l'évaluation finale ait été faite moins de deux mois après la fin du Projet, il est observé des effets réels sur la santé nutritionnelle des enfants. Ces effets seraient les conséquences des interventions de pesées régulières des enfants, des démonstrations culinaires qui reviennent très souvent dans les déclarations des femmes comme des bonnes pratiques. A long terme, ces effets pourraient impacter positivement sur la mortalité infanto-juvénile et la mortalité maternelle.
- Etc.

POINTS A AMELIORER

- La mesure des PB dans le cadre de cette évaluation n'a pas permis d'identifier les enfants de 24 à 59 mois souffrant de malnutrition. De même, les mesures de routine dans le cadre de la mise en œuvre du Projet ont identifié rarement les malnutris. Ces mesures de routine ont été consultées dans les rapports intermédiaires semestriels.
- Des activités prévues n'ont pas été réalisées ou ont été réalisées insuffisamment. Aucun document ne signale la modification du Projet.
- La périodicité des rapports intermédiaires n'a pas été respectée non plus. Le suivi opérationnel n'a pas anticipé sur certains indicateurs et activités et sur la qualité des données de routine.
- Certains matériels de travail n'ont pas suffi pour toutes les communautés.
- Pas de procédures administratives et financières pour le Projet.
- Les démonstrations culinaires ont commencé tardivement et n'ont pas couvert tous les villages bénéficiaires avant la fin du Projet.
- Les actions pour renforcer l'équité sont liées à la viabilité des interventions. Si les interventions ne sont pas pérennes, les bonnes pratiques liées à l'équité vont disparaître.
- Les ASC n'ont pas suivi les mêmes modules de formation. On a constaté que les ASC n'ont pas été formés sur les mêmes modules. Cette distinction atténue l'efficacité du Projet sur les autres îles et au sein de la même île. Il en est de même pour la mise à leur disposition des matériels de travail.

ENSEIGNEMENTS

Les démonstrations culinaires, les pesées régulières et la mesure régulière des PB sont des bonnes pratiques qui ont suscité l'adhésion des bénéficiaires.

RECOMMANDATIONS

Les recommandations sont une émanation des points à améliorer et des bonnes pratiques. Elles sont présentées par ordre de priorité décroissante et sont adressées au Gouvernement et à l'UNICEF.

Gouvernement

1. Passage à l'échelle du Projet car le besoin est manifeste dans tous les villages. Les indicateurs de nutrition dans les villages témoins sont alarmants ; ils se situent dans l'intervalle considéré comme grave par l'OMS. Le seuil critique de l'OMS pour la malnutrition aiguë est de 15%. Il y a urgence à développer les programmes de lutte contre la malnutrition.
2. La dévolution des acquis des Projets similaires pourrait être assurée par des cofinancements du gouvernement pour les activités importantes que les Projets n'ont pas pu couvrir (équipements des ASC, etc.) ou d'autres interventions comme le paiement des motivations des ASC (7 500 KMF).
3. Renforcer les actions de santé génésique, mettre l'accent sur le dividende démographique (avec UNFPA) et développer les programmes du capital humain (avec la Banque Mondiale). Ces interventions participeront à lutter directement et indirectement contre la malnutrition. Elles sont surtout nécessaires dans les îles de Nzouani et de Moheli. Car, le nombre d'enfants par ménage est très élevé dans ces localités par rapport à Ngazidja selon les données de l'évaluation.
4. En vue d'améliorer l'appropriation des Projets similaires et le ciblage des besoins au niveau communautaire, il est nécessaire que lors de l'élaboration du Projet, toutes les parties prenantes participassent, y compris les communautés bénéficiaires, comme c'est fait habituellement pour l'élaboration des stratégies nationales de développement (SCA2D, PNDS, PNNA, etc.).
5. Dans le cadre de la lutte contre la malnutrition, il est important de renforcer davantage « l'effort de lutte contre la malnutrition » par les interventions intégrées avec les autres programmes et la collaboration avec les autres PTF.
6. Il est nécessaire de faire des accompagnements au niveau des ASC, un soutien des ménages et une poursuite des sensibilisations et des démonstrations culinaires à tous les villages (bénéficiaires ou non) pour que les bonnes pratiques rentrent dans les habitudes de toute la population.

UNICEF

1. Les Projets similaires doivent dans l'avenir disposer des données de référence (indicateurs avant le Projet) pour faciliter et assurer, lors de l'évaluation d'impact, la mesure de l'évolution des indicateurs et la comparaison des populations traitées et des populations témoins. Ces données sont généralement capturées par une étude avant le Projet.
2. Il est recommandé pour les prochains Projets similaires de disposer d'un manuel de procédures administratives, financières propre au Projet ; de recruter des spécialistes en suivi évaluation et passation des marchés pour appuyer le personnel en charge des finances et de l'audit interne.
3. Les Projets similaires à venir doivent tenir compte que les mesures des PB pour les enfants de 24 à 59 mois lors de suivi de croissance des enfants et lors des

évaluations ne permettent pas d'identifier avec exactitude les enfants malnutris de cette tranche d'âge. Le PB et le poids pour taille n'identifient pas obligatoirement les mêmes enfants comme étant malnutris. Le PB peut être normal et les mesures poids-taille indiqueront une malnutrition. Il est recommandé dans les prochains Projets similaires d'associer aux mesures de PB, le poids pour taille pour cette tranche d'âge de 24 à 59 mois.

4. Dans le cadre de la lutte contre la malnutrition, il est important de renforcer davantage la mutualisation de « l'effort de lutte contre la malnutrition » et la visibilité de collaboration entre PTF par les interventions intégrées avec les autres programmes.

ANNEXES

Annexe 1 : Termes de référence de la mission

TERMES DE REFERENCE

CONSULTANT INTERNATIONAL POUR L'EVALUATION FINALE DU PROJET D'ALIMENTATION DU NOURRISSON ET JEUNE ENFANT (ANJE) AUX COMORES

1. Objet et utilisation de l'évaluation

Cette évaluation a comme objet de déterminer les effets produits par la composante "Nutrition" du Projet de "Filets sociaux de sécurité" financé par la Banque Mondiale aux Comores. Elle se focalisera sur la mesure des contributions de cette composante à l'amélioration du statut nutritionnel des enfants de moins de 5 ans ainsi que des niveaux des connaissances des mères des enfants de moins de 5 ans sur les bonnes pratiques en matière d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE).

Les résultats, les leçons apprises et les recommandations qui seront issues de cette évaluation alimenteront la réflexion en cours au niveau du ministère de la santé, de la solidarité, de la protection sociale et la promotion du genre pour un éventuel passage à l'échelle de ce type d'intervention en vue de venir à bout de la malnutrition qui touche près d'un tiers des enfants comoriens.

En effet, le gouvernement comorien est sur le point de conclure avec la Banque Mondiale un accord de financement en appui au secteur de la santé y compris la nutrition. La conception et la programmation des interventions de la partie Nutrition de ce nouveau Projet "Santé bénéficiera sans aucun doute des résultats de cette évaluation sur le Projet filets sociaux de sécurité/Nutrition.

2. Objectifs

Le but de cette évaluation est de supporter les efforts du Gouvernement Comorien visant à fournir les biens et services nécessaires pour assurer l'état nutritionnel et sanitaire de la population en général et des enfants de moins de cinq ans en particulier. L'évaluation finale de la sous composante nutrition permettra donc de mesurer les effets directs et même indirects des interventions mises en place dans les 69 villages, sur le statut nutritionnel des enfants de moins de 5 ans ainsi que l'amélioration des niveaux des connaissances des mères des enfants de moins de 5 ans en distinguant ceux de moins de 0 - 23 mois de ceux de 24 à 59 mois.

Plus spécifiquement, cette évaluation fournira au gouvernement des Comores et à ses partenaires des informations stratégiques sur :

- La pertinence, l'efficacité, la viabilité des mécanismes mis en place pour la prévention et la prise en charge de la malnutrition des enfants de moins de cinq ans. Une attention particulière sera payée à l'équité de genre, mais également géographique (selon les îles), et surtout les capacités d'accès et d'utilisation des services en place par les couches les plus vulnérables de la société comorienne.
- Les succès et défis des systèmes de protection actuels et les leçons apprises qui en découlent, les potentialités institutionnelles et au sein des communautés pour supporter une mise à l'échelle nationale de la lutte contre la malnutrition des enfants.

3. Contexte

L'Union des Comores présente des indicateurs nutritionnels alarmants touchant spécifiquement les enfants de moins de 5 ans. Selon l'enquête Démographie -Santé 2012 (EDS-MICS 2012), la malnutrition chronique touche 30% des enfants de moins

de 5 ans, la malnutrition aiguë sévère 11% et l'insuffisance pondérale 16%. Ces indicateurs nutritionnels sont exacerbés par des pratiques nutritionnelles et alimentaires non adéquates et néfastes pour la santé des enfants. Selon la même enquête, 12 % des enfants de moins de 6 mois sont allaités exclusivement au sein et seulement 6% des enfants de la tranche d'âge de 6-23 mois sont nourris de façon optimale selon les recommandations internationales. Les conditions hygiéniques ne sont pas en reste avec seulement 16% des ménages ayant accès à des installations de lavage des mains à l'eau et au savon (JMP UNICEF/OMS 2017).

L'Union des Comores a bénéficié d'un don de la Banque Mondiale de 6 millions USD pour financer le Projet des filets sociaux de sécurité ayant pour objectif d'augmenter l'accès aux filets sociaux et aux services de nutrition dans les communautés pauvres des trois Iles. Ce Projet a trois composantes : (i) la mise en place d'un filet de protection productif et réactif en cas de catastrophe, (ii) l'amélioration de la nutrition des jeunes enfants et des mères issus des communautés pauvres et (iii) le renforcement de la gestion, de la coordination, du suivi et de l'évaluation du filet de protection.

Les activités mises en œuvre pendant la période couverte par le Projet ont contribué à l'atteinte de l'objectif de développement du Projet (ODP) qui est d'accroître l'accès des communautés pauvres aux services de filet de sécurité et de nutrition. La composante nutrition ciblé 9 200 enfants de moins de 5 ans dont 2 800 enfants de moins de 2 ans et environ 6 400 enfants âgés de 2 à 5 ans.

4. Portée

L'évaluation envisagée couvrira essentiellement les actions accomplies sur le terrain et les résultats obtenus au regard des objectifs fixés ainsi que les stratégies mises en œuvre en vue d'assurer une participation effective de tous les acteurs plus particulièrement les bénéficiaires. Elle portera attention sur les leçons apprises au cours de la période d'implémentation du Projet, en examinant les différentes politiques, stratégies et législations développées en matière de nutrition par le Ministère de la Santé, ainsi que leur opérationnalité sur le terrain, aussi bien au niveau central qu'au niveau insulaire (Anjouan, Mohéli et Grande Comore). Elle devra élaborer des recommandations sur la logique d'intervention au vu du contexte, des problèmes et besoins, faiblesses et capacités des différentes parties prenantes en vue de capitaliser les bonnes pratiques à poursuivre et proposer des améliorations sur les manquements et insuffisances constatées.

5. Critères et questions

L'évaluation de la composante "Nutrition" du Projet de filets sociaux de sécurité aux Comores sera conduite suivant les critères du DAC de l'OCDE : pertinence, couverture, efficacité, efficience, durabilité, impact et cohérence.

La pertinence :

- Les objectifs du Projet ANJE sont-ils adaptés aux besoins nationaux en matière de nutrition des enfants ?
- Le Projet est-il cohérent avec les priorités, politiques nationales et régionales et l'implication des autorités sectorielles ?

L'efficacité :

- Dans quelle mesure les objectifs du Projet ANJE ont-ils été atteints ? Quels ont été les principaux facteurs ayant influencé la réalisation ou non des objectifs ?
- L'intervention a-t-elle été mise en œuvre comme prévu initialement ? Dans la négative, pour quelle raison ? Quelles mesures ont été prises pour y remédier ?

L'efficience :

- Pour réaliser les résultats obtenus, la mise en œuvre du Projet a-t-elle utilisé le minimum nécessaire de ressources aussi bien matérielles, financières et humaines ?
- L'intervention a-t-elle été conçue et/ou modifiée au cours de la mise en œuvre afin d'optimiser l'utilisation des ressources financières ?

L'impact :

- Existe-t-il des preuves de changement sur l'état nutritionnel des enfants comoriens en général, à la suite de la mise en œuvre de ce Projet ANJE ? Dans l'affirmative, quels facteurs ont contribué à ce changement ? Dans la négative, pour quelles raisons ?
- Dans quelle mesure les différents groupes, y compris les enfants et autres groupes vulnérables, ont-ils bénéficié de l'intervention, sur différents plans ?

La viabilité :

- Dans quelle mesure les résultats et les avantages du Projet ANJE perdurent-ils après la fin de l'intervention (donc du financement externe) ?
- Dans quelle mesure les acteurs et les bénéficiaires du Projet se sont-ils appropriés les activités développées et les connaissances acquises au cours du Projet de manière à les intégrer dans leurs pratiques professionnelles et/ou quotidiennes ?

Equité :

- Dans quelle mesure la mise en œuvre de ce Projet ANJE a-t-elle contribué à l'autonomisation des femmes, leur participation dans la prise de décision au sein de la famille et de la communauté sur les questions relatives à la santé et le développement de l'enfant ?
- En quoi, ce Projet ANJE a-t-il permis une amélioration des conditions de vie des enfants des familles pauvres et vulnérables de manière à augmenter les chances de développer leur plein potentiel ?

L'analyse suivant chacun des critères ci-dessus devra aboutir à des leçons apprises et bonnes pratiques qui peuvent informer le développement d'une intervention à grande échelle sur la nutrition des enfants aux Comores.

6. Méthodologie

Cette évaluation utilisera une combinaison de méthodes (i) l'examen de documents stratégiques et des rapports de mise en œuvre du Projet ; (ii) la mesure quantitative de l'évolution d'indicateurs-clés de la situation nutritionnelle des enfants de moins de cinq ans ; (iii) l'analyse qualitative du point de vue des acteurs concernés sur l'application des connaissances acquises, les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre et la durabilité des interventions.

La mesure quantitative de l'évolution de l'état nutritionnel des enfants devra permettre de faire une analyse comparative des indicateurs y relatifs entre zones bénéficiaires et non bénéficiaires du Projet. Dans cette perspective, une enquête (par échantillonnage) sera réalisée et les questionnaires seront administrés aux ménages des zones cibles (les 69 localités bénéficiaires du Projet) et à des ménages témoins hors zone du Projet, mais ayant les mêmes caractéristiques que les ménages cibles.

L'enquête comportera deux volets principaux : la prise des mesures anthropométriques chez les enfants de moins de 5 ans et l'évaluation des pratiques alimentaires du nourrisson et du jeune enfant. D'autres questions en lien avec l'accès aux soins des femmes enceintes seront intégrées. Le consultant ou bureau d'études

sélectionné sera responsable de l'échantillonnage de la confection et l'administration du questionnaire, de l'encodage, la saisie et l'analyse des données sous la supervision technique d'une équipe de spécialistes qui sera mise en place à cet effet et qui pourra éventuellement aider à l'interprétation des résultats. Aussi, le consultant ou bureau d'études en charge de l'évaluation recrutera et formera le personnel d'appui qu'il estimera nécessaire pour la conduite de ces entretiens sur le terrain.

7. Equipe d'évaluation et chronogramme

L'évaluation sera conduite par un consultant international qui pourra s'appuyer sur un personnel national de terrain sur une période de trois mois calendaires à compter du 1^{er} juin 2019. Le nombre exact de jours avec les délais spécifiques ne devrait pas excéder 60 jours et devrait être proposé par le consultant puis confirmé par l'UNICEF lors de la signature du contrat. Le consultant s'appuiera sur les services d'un comité directeur qui sera mis en place à cet effet. Le Consultant international sera basé à Moroni en Grande Comore et pourrait être amené à effectuer des missions dans les îles de Mohéli et Anjouan.

Le Chronogramme indicatif des tâches relatives à cet exercice d'évaluation formative combinée avec la cartographie du système de protection se présente comme suit :

- Recrutement du consultant international / bureau d'études - 27 mai 2019 ;
- Orientation et lancement des activités de l'évaluation incluant les différentes étapes de cet exercice - 5 juin 2019 ;
- Rapport de lancement de l'évaluation, basé sur les éléments de consensus et de la revue documentaire - 7 juin 2019 ;
- Collecte, revue et analyse des informations nécessaires pour l'évaluation - 17 juin 2019 ;
- Rapport de l'évaluation du Projet ANJE (premier draft) - 12 juillet 2019 ;
- Atelier de consensus sur les résultats de l'évaluation finale du Projet ANJE - 17 juillet 2019 ;
- Rapport final de l'évaluation du Projet ANJE aux Comores le 26 juillet 2019.

8. Produits attendus

Le Consultant d'évaluation doit présenter au comité directeur, moins d'une semaine après la signature du contrat, dans un rapport initial ne dépassant pas cinq pages, un plan de mise en œuvre des termes de référence de la présente évaluation.

Le rapport d'évaluation final doit être rédigé en français, avec un résumé exécutif des principales conclusions et recommandations pour actions, pour 40 pages maximum (hors annexes). Le format et contenu du rapport doit être aussi accessible que possible pour améliorer l'utilisation des conclusions et enseignements tirés. Le rapport final (Word et PDF), ainsi qu'une présentation pour sa validation technique (PPT), doivent être remis à l'UNICEF en au moins deux exemplaires imprimés et en versions électroniques.

9. Supervision de l'évaluation

Les travaux de l'évaluation du Projet d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) en Union des Comores, seront conduits sous la supervision conjointe de la Direction de la Santé familiale et de l'UNICEF.

Un Comité Directeur placé sous la coordination du Directeur Général de la Santé, sera mis en place par le Ministère de la Santé, de la Solidarité, de la Protection Sociale et de la Promotion du Genre pour superviser la mise en œuvre de l'exercice de l'évaluation finale du Projet. Concernant l'UNICEF, le consultant international sera supervisé par la Représentante Adjointe avec le concours techniques des Administrateurs en charge de la nutrition et de la planification, suivi - évaluation.

Annexe 2 : Guide d'entretien

NOUS TRAVAILLONS SUR UN PROJET PORTANT SUR L'ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT POUR LE COMPTE DE LA DIRECTION GENERALE DE LA SANTE EN COLLABORATION AVEC L'UNICEF. NOUS VOUDRIONS VOUS PARLER DE CES SUJETS. L'INTERVIEW PRENDRA QUELQUES MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET VOS REPONSES NE SERONT JAMAIS DIVULGUEES. POURRIONS-NOUS COMMENCER MAINTENANT ?

N°.....

Date de l'entretien (jour/mois/année).....

Nom de l'île.....Nom du village.....

Nom et prénom de l'enquêteur.....

COMPOSITION DU MÉNAGE

Veillez m'indiquer le nom et le sexe de chaque personne vivant ici, en commençant par le chef de famille.

RÉSERVEZ LA LIGNE 1 AUX INFORMATIONS CONCERNANT LE CHEF DE FAMILLE. ÉNUMÉREZ LES NOMS DE TOUS LES MEMBRES DU MÉNAGE (Q2). PUIS DEMANDEZ :

Est-ce que quelqu'un d'autre vit ici, même si la personne n'est pas présente maintenant ? Il peut s'agir d'enfants se trouvant à l'école ou de membres de la famille partis travailler.

SI OUI, AJOUTEZ LES NOMS À LA LISTE. PUIS RECUEILLEZ LES INFORMATIONS EN COMMENÇANT PAR Q4 POUR CHAQUE PERSONNE, ET UNE PERSONNE À LA FOIS. AJOUTEZ UNE PAGE SI LE MÉNAGE COMPREND PLUS DE 10 PERSONNES. SI VOUS AVEZ AJOUTÉ UNE PAGE, COCHEZ CETTE CASE

Ligne N°	Nom	Est-ce que (NOM) est de sexe masculin ou féminin ? 1 = MASCULIN 2 = FÉMININ	Dites-moi quel âge a (NOM). Quel âge a eu (NOM) à son dernier anniversaire ? INDIQUEZ L'ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES 98=NSP (UNIQUEMENT POUR LES 50 ANS OU PLUS)	Remplit les conditions pour			
				Module 1ère mise au sein	Module Alimentation du nourrisson et du jeune enfant (moins de 3 ans)		
(1)	(2)	(3) Masc. Fém.	(4)	(5)	(6)	(7)	
1		1 2	__ __	1	1	__ __	
2		1 2	__ __	2	2	__ __	
3		1 2	__ __	3	3	__ __	

4		1	2	__ __	4	4	__ __
5		1	2	__ __	5	5	__ __
6		1	2	__ __	6	6	__ __
7		1	2	__ __	7	7	__ __
8		1	2	__ __	8	8	__ __

D'autres personnes vivent-elles ici – même si elles ne sont pas membres de votre famille ou n'ont aucun parent vivant dans ce foyer ? Il peut s'agir d'enfants se trouvant à l'école ou au travail.

SI OUI, AJOUTEZ LE NOM DE LA (OU DES) PERSONNE(S) EN Q2, POSEZ LES QUESTIONS Q3 ET Q4 ET REMPLISSEZ LE QUESTIONNAIRE. PUIS REPORTEZ LES TOTAUX CI-DESSOUS.

	FEMMES DANS LA TRANCHE D'ÂGE 15-49 ANS (TOTAL DE Q5 CI- DESSUS)	ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS (TOTAL DE Q6 CI-DESSUS)
TOTAUX (TOTAL, PAR MODULE, DES PERSONNES REMPLISSANT LES CONDITIONS REQUISES)	__ __	__ __

INSCRIVEZ DANS LE TABLEAU D'INFORMATION DU MODULE PREMIÈRE MISE AU SEIN LE NOM DE CHAQUE FEMME SITUÉE DANS LA TRANCHE D'ÂGE 15-49 ANS AINSI QUE LE NUMÉRO DE LA LIGNE QUI LUI CORRESPOND.

INSCRIVEZ DANS LA FICHE D'IDENTIFICATION DU MODULE ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT LE NOM DE CHAQUE ENFANT DE MOINS DE 5 ANS, LE NUMÉRO DE LA LIGNE QUI LUI CORRESPOND AINSI QUE LE NOM DE LA PERSONNE QUI EN A LA GARDE (GÉNÉRALEMENT LA MÈRE) ET LE NUMÉRO DE LA LIGNE QUI LUI CORRESPOND.

POUR LE MODULE PREMIÈRE MISE AU SEIN, REMPLISSEZ UN QUESTIONNAIRE SÉPARÉ POUR CHAQUE FEMME SE TROUVANT DANS LA TRANCHE D'ÂGE REQUISE ET POUR LE MODULE ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT, REMPLISSEZ UN QUESTIONNAIRE SÉPARÉ POUR CHAQUE ENFANT SE TROUVANT DANS LA TRANCHE D'ÂGE REQUISE.

N° du ménage.....

Date de l'entretien (jour/mois/année).....

Nom de l'île..... Nom du village.....

Nom de l'enquêteur :

MODULE PREMIÈRE MISE AU SEIN (PMS)

FICHE D'IDENTIFICATION

(Reportez ces informations dans cette fiche lorsque vous aurez identifié les femmes dans le ménage qui se situent dans la tranche d'âge requise).

Nom de la femme (COLONNE 2 DU TABLEAU DE COMPOSITION DU MÉNAGE) :

Numéro de ligne de la femme (N° ENTOURÉ DANS LA COLONNE 5 DU TABLEAU DE COMPOSITION DU MÉNAGE) : |__|__|

Pour ce module, vous devez interroger les femmes identifiées dans le ménage comme se situant dans la tranche 15-49 ans. Remplissez un questionnaire séparé pour chaque femme concernée.

ASSUREZ-VOUS QUE VOUS POSEZ VOS QUESTIONS À LA BONNE PERSONNE EN VÉRIFIANT QUE LE NOM DE LA PERSONNE INTERROGÉE EST LE MÊME QUE CELUI INDIQUÉ DANS LA FICHE D'IDENTIFICATION CI-DESSUS.

SI VOTRE INTERLOCUTRICE N'EST PAS CETTE PERSONNE, DEMANDEZ À PARLER À LA BONNE PERSONNE.

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CATÉGORIES DE CODAGE	PASSEZ AU
1	Quels sont votre mois et votre année de naissance ?	MOIS __ __ SI LE MOIS EST INCONNU, INSCRIVEZ « 98 » ANNÉE __ __ __ __ SI L'ANNÉE EST INCONNUE, INSCRIVEZ « 9998 »	
2	Quel âge avez-vous ? Quel âge avez-vous eu à votre dernier anniversaire ? INSCRIVEZ L'ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES.	Âge en années révolues : __ __	
3	FAITES CONFIRMER LES RÉPONSES À Q1 ET Q2 : L'ÂGE DE LA PERSONNE INTERROGÉE SE SITUE-T-IL ENTRE 15 ET 49 ANS ? SI LES DEUX RÉPONSES NE CORRESPONDENT PAS, DÉTERMINEZ LAQUELLE EST LA PLUS FIABLE	OUI 1 NON 2	→ FIN
4	J'aimerais vous poser des questions sur les grossesses que vous avez pu avoir et les naissances qui ont pu suivre. Avez-vous déjà été enceinte ? SI LA RÉPONSE EST « NON », FAITES CONFIRMER EN DEMANDANT : Vous êtes-vous déjà trouvée enceinte, même si cette grossesse n'a pas abouti à la naissance d'un enfant vivant ?	OUI 1 NON..... 2	→ FIN

5	<p>Avez-vous déjà donné naissance ? <i>SI LA RÉPONSE EST « NON », FAITES CONFIRMER EN DEMANDANT :</i></p> <p>Je veux dire : à un enfant qui a respiré ou crié ou montré d'autres signes de vie – même si cet enfant n'a vécu que quelques minutes ou quelques heures ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ FIN
6	<p>Quelle est la date de votre dernier accouchement (même si votre enfant n'est plus en vie) ? <i>SI LA PERSONNE INTERROGÉE NE CONNAÎT PAS LA DATE DE L'ACCOUCHEMENT, DEMANDEZ :</i></p> <p>Avez-vous le carnet de santé ou de vaccination de cet enfant qui indique sa date de naissance ? <i>SI ELLE VOUS MONTRE LE CARNET DE SANTÉ OU DE VACCINATION, INSCRIVEZ LA DATE DE NAISSANCE QUI S'Y TROUVE INDIQUÉE.</i></p>	<p>Date du dernier accouchement</p> <p>JOUR __ __ <i>SI LE JOUR N'EST PAS CONNU, INSCRIVEZ « 98 » CI-DESSUS.</i></p> <p>MOIS..... __ __ ANNÉE. __ __ __ __ </p>	
7	<p>VÉRIFIEZ Q6 : LE DERNIER ACCOUCHEMENT DE LA PERSONNE INTERROGÉE SE SITUE-T-IL AU COURS DES 2 DERNIÈRES ANNÉES, C'EST-À-DIRE DEPUIS LE (JOUR ET MOIS DE L'ENTRETIEN, ANNÉE 2019) ?</p> <p>[POUR 2019, INSCRIVEZ L'AVANT-DERNIÈRE ANNÉE EN PARTANT DE L'ANNÉE DE L'ENTRETIEN]</p> <p>OUI, NAISSANCE VIVANTE DEPUIS (JOUR ET MOIS DE L'ENTRETIEN, ANNÉE 2019) __ PASSEZ À Q8.</p> <p>PAS DE NAISSANCE VIVANTE DEPUIS (JOUR ET MOIS DE L'ENTRETIEN, ANNÉE 2019) __ METTEZ FIN A L'ENTRETIEN</p>		
8	<p>Comment s'appelle l'enfant qui est né le (DATE INDIQUÉE EN Q6)</p>	Nom:	
9	<p>Cet enfant, (NOM), est-il de sexe masculin ou féminin ?</p>	<p>SEXE MASCULIN 1</p> <p>SEXE FÉMININ 2</p>	
10	<p>Avez-vous allaité (NOM) ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ FIN
11	<p>Combien de temps après sa naissance avez-vous mis (NOM) au sein pour la première fois ? <i>SI LA PERSONNE INTERROGÉE VOUS DIT QU'ELLE A MIS L'ENFANT AU SEIN DÈS SA NAISSANCE, ENTOUREZ « 000 » POUR « IMMÉDIATEMENT ».</i></p> <p><i>SI LA RÉPONSE EST « MOINS D'UNE HEURE », ENTOUREZ « 1 » POUR « HEURES » ET INSCRIVEZ « 00 » HEURES.</i></p> <p><i>SI LA RÉPONSE EST « MOINS DE 24 HEURES », ENTOUREZ « 1 » ET INSCRIVEZ LE NOMBRE D'HEURES ÉCOULÉES ENTRE 01 ET 23.</i></p> <p><i>SINON, ENTOUREZ « 2 » ET INSCRIVEZ LE NOMBRE DE JOURS ÉCOULÉS.</i></p>	<p>IMMÉDIATEMENT..... 000</p> <p>OU</p> <p>HEURES 1 __ __ </p> <p>OU</p> <p>JOURS 2 __ __ </p>	

N° du ménage.....

Date de l'entretien (jour/mois/année).....

Localité..... Nom de l'enquêteur

MODULE ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT (ANJE)

FICHE D'IDENTIFICATION

(Reportez ces informations dans le cartouche lorsque vous avez identifié les enfants dans le ménage âgés de moins de 3 ans).

NOM DE L'ENFANT (COLONNE 2 DU TABLEAU DE COMPOSITION DU MÉNAGE) :

SEXE DE L'ENFANT (COLONNE 3 DU TABLEAU DE COMPOSITION DU MÉNAGE) (1=masculin, 2=féminin) : |__|

NUMÉRO DE LIGNE DE L'ENFANT (N° ENTOURÉ DANS LA COLONNE 6 DU TABLEAU DE COMPOSITION DU MÉNAGE) : |__|__|

NUMÉRO DE LIGNE DE LA PERSONNE QUI A LA GARDE DE L'ENFANT (COLONNE 7, À L'EXTRÊME DROITE DU TABLEAU DE COMPOSITION DU MÉNAGE) : |__|__|

NOM DE LA PERSONNE QUI A LA GARDE DE L'ENFANT (COLONNE 2 DU TABLEAU DE COMPOSITION DU MÉNAGE) : -----

POUR CE MODULE, VOUS DEVEZ INTERROGER LA PERSONNE QUI A LA GARDE DES ENFANTS (GÉNÉRALEMENT LA MÈRE) ENREGISTRÉS DANS LE TABLEAU DE COMPOSITION DU MÉNAGE COMME AYANT MOINS DE 3 ANS.

REMPLISSEZ UN QUESTIONNAIRE SÉPARÉ POUR CHAQUE ENFANT CONCERNÉ.

ASSUREZ-VOUS QUE VOUS POSEZ VOS QUESTIONS À LA BONNE PERSONNE :

1. EN VÉRIFIANT QUE LE NOM DE LA PERSONNE INTERROGÉE EST LE MÊME QUE CELUI DE LA PERSONNE DONT LE NOM APPARAÎT DANS LE CARTOUCHE D'IDENTIFICATION CI-DESSUS.

2. EN VÉRIFIANT QUE LA PERSONNE INTERROGÉE EST BIEN LA PERSONNE QUI A LA GARDE DE (**NOM**) (GÉNÉRALEMENT LA MÈRE)

SI VOTRE INTERLOCUTRICE N'EST PAS CETTE PERSONNE, DEMANDEZ À PARLER À LA BONNE PERSONNE.

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CATÉGORIES DE CODAGE
1	J'aimerais vous poser quelques questions sur (NOM). Quelle est sa date d'anniversaire ? SI LA PERSONNE INTERROGÉE NE CONNAÎT PAS LA DATE EXACTE, DEMANDEZ : Est-ce que (NOM) a un carnet de santé ou de vaccination qui indique sa date de naissance ? SI ELLE VOUS PRÉSENTE LE CARNET DE SANTÉ OU DE VACCINATION ET VOUS CONFIRME L'EXACTITUDE DE LA DATE INDIQUÉE, INSCRIVEZ LA DATE DE NAISSANCE INDIQUÉE SUR LE CARNET. Quel est le mois et l'année de naissance de (NOM) ?	JOUR __ __ SI LE JOUR N'EST PAS CONNU, INSCR " 98 " MOIS __ __ ANNÉE __ __ __ __
2	Quel âge a eu (NOM) à son dernier anniversaire ? INSCRIVEZ L'ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES.	MOINS D'UN AN 0 1 AN 1 2 ANS OU PLUS 2

3	Quel âge a (NOM) en mois ? INSCRIVEZ L'ÂGE EN MOIS RÉVOLUS	Âge en mois révolus.... __ __
4	RELISEZ LES RÉPONSES AUX QUESTIONS 1, 2 ET 3 POUR EN VÉRIFIER LA COHÉRENCE. A. L'ANNÉE INDIQUÉE EN Q1 CORRESPOND-ELLE À L'ÂGE INDIQUÉ EN ANNÉES EN Q2 ? B. LE MOIS ET L'ANNÉE DE NAISSANCE INDIQUÉS EN Q1 CORRESPONDENT-ILS À L'ÂGE INDIQUÉ EN MOIS EN Q3 ? SI LA RÉPONSE À 4A OU 4B EST « NON », RECHERCHEZ LES ERREURS. SI LA DATE DE NAISSANCE EST CELLE INDIQUÉE SUR UN CARNET DE SANTÉ, CELUI-CI PEUT ÊTRE CONSIDÉRÉ COMME UNE SOURCE FIABLE D'INFORMATION.	OUI 1 NON..... 2 OUI 1 NON 2

5	VÉRIFIEZ LA RÉPONSE À LA QUESTION 3. L'ENFANT A-T-IL MOINS DE 24 MOIS ?	OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS 8	→ FIN → FIN
6	Est-ce que (NOM) a jamais été nourri(e) au sein?	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS 8	→ 7a → 7a
7	Est-ce que (NOM) a été nourri(e) au sein hier, dans la journée ou la nuit ?	OUI..... 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 8
7a	Parfois, les enfants sont nourris au lait maternel par d'autres moyens : à la cuillère, à la tasse ou au biberon. Il peut arriver que la mère ne puisse pas toujours rester avec son enfant. Parfois, une autre femme allaite l'enfant ou il est nourri au lait maternel d'une autre femme à la cuillère, à la tasse, au biberon ou par un autre moyen. Il peut arriver qu'une mère ne puisse pas allaiter son propre enfant. Est-ce que (NOM) a été nourri(e) au lait maternel hier par l'une ou l'autre de ces méthodes dans la journée ou la nuit	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	

N° du ménage.....

Date de l'entretien (jour/mois/année).....

Nom de l'île.....Nom du village.....Nom de l'enquêteur.....

MODULE : INDICATEURS DE CROISSANCE

(Reportez ces informations dans le cartouche lorsque vous avez identifié les enfants dans le ménage âgés de 6 à 59 mois révolus).

NOM DE L'ENFANT (COLONNE 2 DU TABLEAU DE COMPOSITION DU MÉNAGE) :

SEXE DE L'ENFANT (COLONNE 3 DU TABLEAU DE COMPOSITION DU MÉNAGE) |__|

NUMÉRO DE LIGNE DE L'ENFANT (N° ENTOURÉ DANS LA COLONNE 6 DU TABLEAU DE COMPOSITION DU MÉNAGE) : |__|__|

NOM DE LA PERSONNE QUI A LA GARDE DE L'ENFANT (COLONNE 2 DU TABLEAU DE COMPOSITION DU MÉNAGE) : -----

POUR CE MODULE, VOUS DEVEZ PRENDRE LA TAILLE ET LE POIDS DES ENFANTS AGES DE 0 A 5 ANS REVOLUS ENREGISTRÉS DANS LE TABLEAU DE COMPOSITION DU MÉNAGE.

REMP LISSEZ UN QUESTIONNAIRE SÉPARÉ POUR CHAQUE ENFANT CONCERNÉ.

1. **6-23 moins** POIDS 2. TAILLE.....

3. **24 à 59 moins** PERIMETRE BRACHIAL

+++++

NOM DE L'ENFANT (COLONNE 2 DU TABLEAU DE COMPOSITION DU MÉNAGE) :

SEXE DE L'ENFANT (COLONNE 3 DU TABLEAU DE COMPOSITION DU MÉNAGE) |__|

NUMÉRO DE LIGNE DE L'ENFANT (N° ENTOURÉ DANS LA COLONNE 6 DU TABLEAU DE COMPOSITION DU MÉNAGE) : |__|__|

NOM DE LA PERSONNE QUI A LA GARDE DE L'ENFANT (COLONNE 2 DU TABLEAU DE COMPOSITION DU MÉNAGE) : -----

POUR CE MODULE, VOUS DEVEZ PRENDRE LA TAILLE ET LE POIDS DES ENFANTS AGES DE 0 A 5 ANS REVOLUS ENREGISTRÉS DANS LE TABLEAU DE COMPOSITION DU MÉNAGE.

REPLISSEZ UN QUESTIONNAIRE SÉPARÉ POUR CHAQUE ENFANT CONCERNÉ.

1. **6-23 mois** POIDS 2. TAILLE.....
3. **24 à 59 mois** PERIMETRE BRACHIAL
N° du ménage.....

Date de l'entretien (jour/mois/année).....

Nom de l'île.....Nom du village.....Nom de l'enquêteur.....

OBSERVATIONS DIRECTES (NB : CONCERNENT TOUS LES VILLAGES BENEFICIAIRES ET NON BENEFICIAIRES DU PROJET)

Observez durant tout le déroulé de l'entretien l'état de santé des enfants (anémié, amaigri, ventre ballonné, œdème, maladié, âge, etc.) -----

Observez durant tout le déroulé de l'entretien l'état de santé des mères (amaigrie, âge, etc.) -

Observez durant tout le déroulé de l'entretien (comment se fait l'allaitement, les préparations alimentaires pour les enfants, la consommation des aliments par les enfants, hygiène alimentaire, etc.) -----

ENTRETIEN AVEC LES FEMMES DE 15-49 BENEFICIAIRES (NB : NE CONCERNENT QUE LES VILLAGES BENEFICIAIRES DU PROJET)

1. Est-ce que vous avez participé aux activités liées aux pesées des enfants, aux sensibilisations et aux démonstrations culinaires faites par les agents de santé communautaires du village (allaitement exclusif des enfants, mise au sein précoce, nutrition des enfants, comportement des femmes enceintes, etc) ?

SI « OUI » L'AGENT DE COLLECTE CONTINUE L'ENTRETIEN. SI « NON » L'AGENT DE COLLECTE MET FIN A L'ENTRETIEN.

2. Quels sont les avantages apportés par le Projet dans les domaines de l'allaitement exclusif des enfants, mise au sein précoce, nutrition des enfants, comportement des femmes enceintes, etc)?

3. Quelles étaient les pratiques nutritionnelles chez les nourrissons et les jeunes enfants. Qu'est ce qui a changé après le Projet ?-----

4. Les difficultés dans l'application des connaissances acquises grâce au Projet ?-----

5. Les bonnes pratiques du Projet à généraliser-----

6. Dans quelle mesure les bonnes pratiques du Projet perdureront ils après la fin de l'intervention ?-----

7. Quels problèmes d'alimentation des enfants ou des nourrissons, le Projet n'a pas pu régler ?

8. Quels sont les bénéficiaires indirects du programme ?-----

9. En marchant, combien de temps passez-vous pour accéder aux soins de santé maternelle et infantile (femmes enceintes, enfants malades, vaccination des enfants, etc.) ?

10. En quoi, ce Projet a-t-il permis une amélioration des conditions de vie des enfants des familles pauvres et vulnérables de manière à augmenter les chances de développer leur plein potentiel ?-----

11. Dans quelle mesure les acteurs et les bénéficiaires du Projet se sont-ils appropriés les activités développées et les connaissances acquises au cours du Projet de manière à les intégrer dans leurs pratiques professionnelles et/ou quotidiennes ?-----

12. Dans quelle mesure la mise en œuvre de ce Projet a-t-elle contribué à l'autonomisation des femmes, leur participation dans la prise de décision au sein de la famille et de la communauté sur les questions relatives à la santé et le développement de l'enfant ?-----

Annexe 3 : Calcul de puissance

D'autres formules de calcul de puissance de confirmation ont été utilisées pour déterminer la taille de l'échantillonnage. Ces formules prennent en compte : les projections de l'INSEED pour les populations des enfants de 0-59 en 2018 dans les villages éligibles (niveau de confiance de 95%, marge d'erreur de 5%, écart-type 0,5 et z-score égal à 1,96).

1. La formule :

$$\frac{\frac{Z^2 * P(1-P)^2}{E^2}}{1 + \frac{Z^2 * P(1-P)}{E^2 * N}}$$

Z = z-score ; E = marge d'erreur ; P = écart-type ; N= taille de la population

- La population des enfants de moins de 5 ans estimée en 2018 pour le domaine d'étude n°1 est de N₁= 28 394 ce qui donne une population à enquêter égale à 379 enfants.
 - La population des enfants de moins de 5 ans estimée en 2018 pour le domaine d'étude n°2 est de N₂= 16 171 ce qui donne une population à enquêter égale à 375 enfants.
2. La formule :

$$\frac{Z^2 * P(1-P)^2}{E^2}$$

Pour cette formule, la taille pour chaque domaine d'étude est 384 enfants de 0-59 mois

NB : La taille de l'échantillon cible qui a été prise en compte dans cette évaluation est celle trouvée par la formule de ENA for SMART car elle est plus grande donc couvre aussi bien les critères d'échantillonnage des mesures anthropométriques et ceux des indicateurs liés à l'allaitement.

Annexe 4 : Classification des taux de malnutrition des enfants de moins de 5 ans selon l'échelle de gravité pour la santé publique de l'OMS

Prévalence %	Critique	Grave	Faible	Acceptable
Faible poids pour taille	≥15	10-14	5-9	<5
Faible taille-pour-âge	≥40	30-39	20-29	<20
Faible poids-pour-âge	≥30	20-29	10-19	<10

Sources : OMS (1995) Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry and WHO (2000) The Management of Nutrition in Major Emergencies

Annexe 5 : Arrimage du Projet ANJE aux stratégies nationales et internationales

Projet ANJE	PNNA 2018-2025	PNDS 2015-2019	PFSS	SCA2D 2015-2019	ODD
BUT: Contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et infantile par l'offre d'un paquet d'interventions de nutrition communautaire dans des communautés vulnérables en réponse aux effets néfastes de la malnutrition sur le développement humain.					
<p>OBJECTIF DE DEVELOPPEMENT : Augmenter l'accès aux services de nutrition dans les communautés pauvres des trois îles ciblées par le projet.</p>	<p>Axe stratégique 1: Réduction de la malnutrition sous toutes ses formes y compris les carences en micronutriments et Promotion de comportements et pratiques favorables à l'ANJE</p>	<p>Orientation stratégique 1-1 : Élargissement et renforcement de l'accessibilité aux services de santé et de nutrition complets et de qualité</p>	<p><i>L'objectif de développement du projet (PDO): Accroître l'accès des communautés pauvres aux services de filet de sécurité et de nutrition.</i></p>	<p>Axe 3: <i>Renforcement de l'accès aux services sociaux de base et à la résilience des ménages</i></p>	<p>Objectif 1. <i>Eradiquer la pauvreté sous toutes ses formes et partout dans le monde.</i></p> <p>Objectif 2. <i>Fin de la faim, réaliser la sécurité alimentaire, améliorer la nutrition et promouvoir une agriculture durable</i></p> <p>Objectif 3. <i>Assurer une vie saine et promouvoir le bien-être pour tous à tous les âges</i></p>
	<p>Axe stratégique 3: Contribution au renforcement de la disponibilité, de l'accessibilité et de l'utilisation de produits alimentaires de qualité au niveau ménage de façon durable;</p>				
	<p>Axe transversal 1: Renforcement de la communication et du partenariat avec la Société civile en matière de développement de la nutrition</p>				

Annexe 6 : Indicateurs et leurs descriptions selon le document de Projet

Indicateurs d'Objectif de Développement du Projet				
Nom de l'indicateur	Description (définition d'indicateur, etc.)	Fréquence	Source des données/ Méthodologie	Responsable de la collecte de données
Indicateurs d'Objectif de Développement du Projet				
Femmes enceintes / allaitantes, filles adolescentes et / ou enfants de moins de cinq ans touchés par les services de nutrition de base (nombre)	Cet indicateur comprend le nombre total des bénéficiaires touchés par l'un des services suivants: programmes d'alimentation directe; programmes de promotion d'alimentation appropriée du nourrisson et du jeune enfant; programmes de nutrition pour les adolescentes; fourniture de suppléments en micronutriments aux femmes enceintes/allaitantes et aux enfants de moins de cinq; enrichissement des aliments; déparasitage; surveillance de l'état nutritionnel; éducation en nutrition et hygiène alimentaire; programme de développement sur les composantes nutritionnelles de la petite enfance, production issue de jardins familiaux et du petit élevage pour améliorer la diversité alimentaire; aide alimentaire et traitement ciblés de la malnutrition aiguë sévère aiguë et modérée.	Semestrielle	UNICEF	UNICEF
Enfants de moins de 24 mois bénéficiant des pratiques d'amélioration d'alimentation pour nourrisson et jeune enfant (ANJE) (nombre)	Cet indicateur mesure le nombre cumulé de femmes enceintes recevant des suppléments IFA à travers un contact de point de service appuyé par la Banque (par exemple, pendant les services de soins prénatals) ou avec des produits IFA financés par la Banque distribués dans un programme financé par la Banque ou financé par non-Banque au cours d'une période de 12 mois			
Nombre de communautés pauvres qui ont accès aux services de filet de sécurité et de nutrition	Cet indicateur reflète les synergies entre les services de filet de sécurité et de nutrition, et mesure donc combien de communautés reçoivent les deux.	Semestrielle	FADC MIS	FADC
Indicateurs de résultats intermédiaires				
Nombre d'enfants de moins de cinq ans inscrits dans le programme de surveillance de la croissance	L'indicateur mesure le nombre d'enfants de moins de cinq ans participant à des programmes de nutrition soutenus par la Banque.	Semestrielle	Rapports composante UNICEF	UNICEF
Nombre d'agents de santé communautaires formés pour fournir des services ANJE	L'indicateur mesure le nombre cumulé d'agents de santé communautaires recevant une formation au moyen d'un projet financé par la Banque.	Semestrielle	Rapports composante UNICEF	UNICEF

Annexe 7 : Les résultats sur les indicateurs d'allaitement et anthropométriques

1 Les indicateurs d'allaitement

1.1 Première mise au sein précoce

Définition : proportion d'enfants nés dans les 24 derniers mois, qui ont été mis au sein dans l'heure qui a suivi leur naissance. Le calcul issu du questionnaire donne :

- Pour les villages témoins : 38,03%.
- Pour les villages traités : 52,66%.

1.2 Poursuite de l'allaitement au sein à l'âge de 1 an

Définition : Proportion d'enfants âgés de 12 à 15 mois nourris au lait maternel. Le calcul issu du questionnaire donne :

- Pour les villages témoins, cet indicateur est 87,8%
- Pour les villages traités, cet indicateur 86,96%.

1.3 Enfants ayant été nourris au sein

Définition : Proportion d'enfants nés au cours des 24 derniers mois qui ont été nourris au sein. Le calcul issu du questionnaire donne :

- Pour les villages témoins, cet indicateur est 71,09%.
- Pour les villages traités, cet indicateur est 78,49%.

1.4 Poursuite de l'allaitement à l'âge de 2 ans

Définition : Proportion d'enfants âgés de 20 à 23 mois qui sont nourris au sein. Le calcul issu du questionnaire donne :

- Pour les villages témoins, cet indicateur est 60,87%.
- Pour les villages traités, cet indicateur 54,17%.

2 Les indicateurs anthropométriques

Les indicateurs anthropométriques ont été mesurés sur les enfants de 6-23 mois et ceux de 24-59 mois. Le poids et la longueur ont été mesurés pour la première tranche d'âge ; seul le périmètre brachial a été mesuré pour la seconde. Ces mesures nous renseignent sur la *malnutrition aiguë*, le *retard de croissance* et l'*insuffisance pondérale*. Les indices utilisés dans cette étude sont exprimés en z-scores selon les standards de croissance de l'OMS.

La *malnutrition aiguë* ou le *poids pour taille* (PTZ) est l'indice nutritionnel qui reflète des troubles de croissance à court terme (exemple : émaciation) et qui est défini par le poids (en kg) et la taille ou la longueur (cm) d'un enfant par rapport à une norme ou à une population de référence de la même taille. La malnutrition aiguë est classée en : malnutrition aiguë globale (MAG), aiguë modérée (MAM) et aiguë sévère (MAS).

Le *retard de croissance* ou la *taille-pour-âge* (TAZ) est l'indice nutritionnel qui reflète des troubles de croissance à long terme (retard de croissance) et qui est défini par la taille (en cm) et l'âge (en jours ou en mois) d'un enfant par rapport à une norme ou à une population de référence du même âge. Le retard de croissance est également connu sous le nom de malnutrition chronique. On distingue la malnutrition chronique sévère et modérée.

L'*insuffisance pondérale* ou le *poids-pour-âge* (PAZ) reflète une combinaison des troubles de croissance aigus et chroniques. Il est défini par le poids (en kg) et l'âge (en jours ou en mois) de l'enfant par rapport à une norme ou à une population de

référence du même âge. L'insuffisance pondérale peut être classifiée comme étant sévère ou modérée).

Tableau 5 : Classification du PTZ, PAZ et TAZ selon les normes OMS

	Malnutrition aiguë	Insuffisance pondérale	Retard de croissance
Global	PTZ <-2 z-scores ou œdèmes	PAZ <-2 z-scores	TAZ <-2 z-scores
Modéré	-3 < PTZ < -2 z-scores	-3 < PAZ < -2 z-scores	-3 < TAZ < -2 z-scores
Sévère	PTZ < -3 z-scores ou œdèmes	PAZ < -3 z-scores	TAZ < -3 z-scores

La mesure du **périmètre brachial (PB)** est reconnue comme étant un indicateur efficace à prédire le risque de décès lorsqu'il est inférieur à 115 mm chez les enfants de 6-59 mois (ou > 65 cm de taille). Un PB faible est également un critère largement utilisé pour admettre les enfants aux programmes d'alimentation. Cependant, l'indice poids pour taille reste l'indice le plus courant pour quantifier l'émaciation dans les enquêtes. Dans la présente étude, le PB n'a pas été associé au poids pour taille. Le PB devrait être classifié selon les seuils suivants :

Tableau 6 : Seuils du périmètre brachial

Classification	Normal	Malnutrition aiguë modérée	Malnutrition aiguë sévère
PB	= ou > 125 mm	= ou > 115 et < 125 mm	< 115 mm

2.1 Mesures anthropométriques pour les villages traités

Tableau 7 : Prévalence de la malnutrition chronique selon l'indice taille-pour-âge en z-scores, par sexe

	Total n = 265	Garçons n = 125	Filles n = 140
Prévalence de la malnutrition chronique (<-2 z-score)	(59) 22,3 % (17,7 - 27,6 95% C.I.)	(27) 21,6 % (15,3 - 29,6 95% C.I.)	(32) 22,9 % (16,7 - 30,5 95% C.I.)
Prévalence de la malnutrition chronique modérée (<-2 z-score et >=-3 z-score)	(41) 15,5 % (11,6 - 20,3 95% C.I.)	(19) 15,2 % (10,0 - 22,5 95% C.I.)	(22) 15,7 % (10,6 - 22,6 95% C.I.)
Prévalence de la malnutrition chronique sévère (<-3 z-score)	(18) 6,8 % (4,3 - 10,5 95% C.I.)	(8) 6,4 % (3,3 - 12,1 95% C.I.)	(10) 7,1 % (3,9 - 12,6 95% C.I.)

Tableau 8 : Prévalence de la malnutrition aiguë selon l'indice poids pour taille en z-scores par sexe

	Total n = 254	Garçons n = 117	Filles n = 137
Prévalence de la malnutrition globale (<-2 z-score et/ou œdèmes)	(18) 7,1 % (4,5 - 10,9 95% C.I.)	(7) 6,0 % (2,9 - 11,8 95% C.I.)	(11) 8,0 % (4,5 - 13,8 95% C.I.)
Prévalence de la malnutrition modérée (<-2 z-score and >=-3 z-score, sans œdèmes)	(11) 4,3 % (2,4 - 7,6 95% C.I.)	(5) 4,3 % (1,8 - 9,6 95% C.I.)	(6) 4,4 % (2,0 - 9,2 95% C.I.)
Prévalence de la malnutrition sévère (<-3 z-score et/ou œdèmes)	(7) 2,8 % (1,3 - 5,6 95% C.I.)	(2) 1,7 % (0,5 - 6,0 95% C.I.)	(5) 3,6 % (1,6 - 8,3 95% C.I.)

Tableau 9 : Prévalence de l'insuffisance pondérale selon l'indice poids-pour-âge en z-scores, par sexe

	Total n = 260	Garçons n = 122	Filles n = 138
Prévalence d'insuffisance pondérale (<-2 z-score)	(45) 17,3 % (13,2 - 22,4 95% C.I.)	(21) 17,2 % (11,5 - 24,9 95% C.I.)	(24) 17,4 % (12,0 - 24,6 95% C.I.)
Prévalence d'insuffisance pondérale modérée (<-2 z-score et >=-3 z-score)	(24) 9,2 % (6,3 - 13,4 95% C.I.)	(11) 9,0 % (5,1 - 15,4 95% C.I.)	(13) 9,4 % (5,6 - 15,5 95% C.I.)
Prévalence d'insuffisance pondérale sévère (<-3 z-score)	(21) 8,1 % (5,3 - 12,0 95% C.I.)	(10) 8,2 % (4,5 - 14,4 95% C.I.)	(11) 8,0 % (4,5 - 13,7 95% C.I.)

Périmètre brachial

Ce résultat qui indique 100% d'enfants de 24-59 mois en situation normale de nutrition ne signifie guère que dans cette tranche d'âge il n'y a pas de malnutrition. Le PB et le poids pour taille n'identifient pas obligatoirement les mêmes enfants comme étant malnutris. Le PB peut être normal et les mesures poids-taille indiqueront la malnutrition aiguë modérée. Plus clairement le PB et le poids pour taille devraient être utilisés en tant que critères indépendants pour mesurer le degré de nutrition ou de malnutrition. Un enfant peut être admis avec l'un des critères de malnutrition aiguë sévère (MAS) ou malnutrition aiguë modérée (MAM) sans devoir nécessairement remplir tous les critères d'admission du PB (Golden, et al. 2010).

Tableau 10 : Périmètre brachial pour les enfants de 24-59 mois dans les villages traités

Classification	Normal	Malnutrition aiguë modérée	Malnutrition aiguë sévère
PB	= ou > 125 mm	= ou > 115 et < 125 mm	< 115 mm
	100%	0%	0%

2.2 Mesures anthropométriques pour les villages non traités

Tableau 11 : Prévalence de la malnutrition chronique selon l'indice taille-pour-âge en z-scores, par sexe

	Total n = 223	Garçons n = 120	Filles n = 103
Prévalence de la malnutrition chronique (<-2 z-score)	(50) 22,4 % (17,4 - 28,3 95% C.I.)	(25) 20,8 % (14,5 - 28,9 95% C.I.)	(25) 24,3 % (17,0 - 33,4 95% C.I.)
Prévalence de la malnutrition chronique modérée (<-2 z-score et >=-3 z-score)	(35) 15,7 % (11,5 - 21,0 95% C.I.)	(14) 11,7 % (7,1 - 18,6 95% C.I.)	(21) 20,4 % (13,7 - 29,2 95% C.I.)
Prévalence de la malnutrition chronique sévère (<-3 z-score)	(15) 6,7 % (4,1 - 10,8 95% C.I.)	(11) 9,2 % (5,2 - 15,7 95% C.I.)	(4) 3,9 % (1,5 - 9,6 95% C.I.)

Tableau 12 : Prévalence de la malnutrition aiguë selon l'indice poids pour taille en z-scores par sexe

	Total n = 229	Garçons n = 122	Filles n = 107
Prévalence de la malnutrition globale (<-2 z-score et/ou œdèmes)	(25) 10,9 % (7,5 - 15,6 95% C.I.)	(16) 13,1 % (8,2 - 20,2 95% C.I.)	(9) 8,4 % (4,5 - 15,2 95% C.I.)
Prévalence de la malnutrition modérée (<-2 z-score and >=-3 z-score, sans œdèmes)	(16) 7,0 % (4,3 - 11,0 95% C.I.)	(10) 8,2 % (4,5 - 14,4 95% C.I.)	(6) 5,6 % (2,6 - 11,7 95% C.I.)
Prévalence de la malnutrition sévère (<-3 z-score et/ou œdèmes)	(9) 3,9 % (2,1 - 7,3 95% C.I.)	(6) 4,9 % (2,3 - 10,3 95% C.I.)	(3) 2,8 % (1,0 - 7,9 95% C.I.)

Tableau 13 : Prévalence de l'insuffisance pondérale selon l'indice poids-pour-âge en z-scores, par sexe

	Total n = 222	Garçons n = 119	Filles n = 103
Prévalence d'insuffisance pondérale (<-2 z-score)	(41) 18,5 % (13,9 - 24,1 95% C.I.)	(20) 16,8 % (11,2 - 24,5 95% C.I.)	(21) 20,4 % (13,7 - 29,2 95% C.I.)
Prévalence d'insuffisance pondérale modérée (<-2 z-score et >=-3 z-score)	(20) 9,0 % (5,9 - 13,5 95% C.I.)	(8) 6,7 % (3,4 - 12,7 95% C.I.)	(12) 11,7 % (6,8 - 19,3 95% C.I.)
Prévalence d'insuffisance pondérale sévère (<-3 z-score)	(21) 9,5 % (6,3 - 14,0 95% C.I.)	(12) 10,1 % (5,9 - 16,8 95% C.I.)	(9) 8,7 % (4,7 - 15,8 95% C.I.)

Annexe 8 : Grille de score des critères

Critères de notation	
Scores	Description
Perfectible	Les activités sont prévues par le Projet, mais ne sont pas mises en œuvre
	Les activités sont prévues par le Projet, mais sont exécutées à un taux inférieur ou égal à 90%
	Les indicateurs ont été atteints à moins de 90%
	Les résultats qualitatifs ou indicateurs qualitatifs du Projet sont mitigés, partagés différemment par les populations bénéficiaires
Acceptable /ou satisfaisant	Les activités sont prévues par le Projet et mis à œuvre à un taux supérieur à 90% et inférieur ou égal à 100%
	Les activités ne sont pas prévues, mais la situation du terrain a permis de modifier la stratégie pour répondre aux besoins des bénéficiaires ; et ces activités sont mises en œuvre à un taux supérieur à 90% et inférieur ou égal à 100%
	Les indicateurs ont été réalisés à plus de 90%, et moins de 100%
Bon	Les activités sont prévues par le Projet et mises à œuvre à un taux supérieur à 100% et inférieur ou égal à 125%
	Les activités ne sont pas prévues, mais la situation du terrain a permis de modifier la stratégie pour répondre aux besoins des bénéficiaires ; et ces
	Les indicateurs ont été réalisés à plus de 100% et moins de 125%
	Il y a unanimité ou consensus au niveau des bénéficiaires sur les résultats qualitatifs ou indicateurs qualitatifs du Projet
Très bon	Les activités sont prévues par le Projet et mises à œuvre à un taux supérieur à 125% car les objectifs fixés dès le départ sont inférieurs aux besoins réels ou à la couverture nécessaire pour satisfaire toutes les couches vulnérables
	Les activités ne sont pas prévues, mais la situation du terrain a permis de modifier la stratégie pour répondre aux besoins des bénéficiaires ; et ces activités sont mises en œuvre à un taux supérieur à 125% car les objectifs fixés dès le départ sont inférieurs aux besoins réels ou à la couverture nécessaire pour satisfaire toutes les couches vulnérables
	Les indicateurs ont été réalisés à plus de 125%
NB : En cas de scores différents pour les sous-indicateurs d'un indicateur principal ou d'un critère d'évaluation, le plus bas score des sous-indicateurs est affecté à l'indicateur principal ou au critère d'évaluation.	

Annexe 9 : Théorie de changement sous la forme d'une chaîne de résultats

ACTIVITES	RESULTATS	EFFETS	IMPACTS
Renforcer les capacités de travail des agents de santé communautaire à travers la disponibilité des équipements et matériels de Suivi et de Promotion de la Croissance (SPC) au niveau des sites communautaires.	<i>Prestation d'un paquet de services de pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les zones d'intervention du projet</i>	<p align="center">La proportion d'enfant atteint de malnutrition chronique, de malnutrition aiguë et d'insuffisanc e pondérable.</p>	<p align="center">taux de mortalité maternelle et infantile</p>
Redynamiser le système d'information de nutrition à base communautaire par la validation des outils de collecte des données au niveau national.			
Renforcer les compétences des agents de santé communautaire sur les techniques de prise des mesures anthropométriques et sur les techniques de promotion des pratiques essentielles familiales.			
Renforcer le suivi de l'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans à travers les activités de Promotion de la Croissance au niveau communautaire			
Acheminer le matériel de suivi de la croissance, pratiques ANJE/NdF, et dépistage de la malnutrition aiguë dans les zones d'intervention du projet			
Fournir les outils de gestion (registre, fiche de rapport mensuel, fiche de référence, carnet de santé...)			
Acheminer les ustensiles dans les sites communautaires des zones d'intervention du projet			
Sélectionner et mettre en place l'équipe des Agents de santé communautaire sur la base de l'existant et selon les critères établis au niveau national			
Mettre à disposition par les communautés d'un local pour la mise en œuvre des activités de l'ANJE- NdF			
Former le personnel de santé et les Agents de Santé Communautaire sur le suivi de la croissance, pratiques ANJE/NdF, Conseils sur SR et dépistage de la malnutrition aiguë			
Améliorer l'environnement de travail des agents de santé communautaire			
Faire le suivi de la croissance des enfants de moins de 2 ans et de 2-5 ans			
Motiver 105 agents de santé communautaire à travers le versement mensuel d'une indemnité financière de 7,500 KMF ;			
Renforcer les capacités du système d'information de nutrition des 69 sites communautaires par la mise à disposition de 245 registres communautaires pour la collecte des données de SPC			

ACTIVITES	RESULTATS	EFFETS	IMPACTS
Renforcer les compétences techniques de 65 ASC renforcées sur les techniques de communication en nutrition communautaire (53 pour Ngazidja, 4 pour Anjouan et 4 pour Mohéli) ;			
Renforcer la promotion en faveur de l'allaitement maternel en cours à travers les activités de la semaine de l'allaitement maternel (AM).			
Concevoir un guide alimentaire pour les ménages			
Effectuer les visites à domiciles (VAD)			
Référer et prendre en charge des cas de Malnutrition Aiguë Sévère (MAS)			
Faire la sensibilisation des jeunes filles de 15 à 24 ans sur la santé reproductive (SR) et la nutrition			
Faire le Suivi de la femme enceinte et du nouveau-né			
Participer à la célébration de la semaine de l'allaitement maternel (AM)			
Offrir les services de nutrition à base communautaire améliorée par la mise à disposition de matériel de suivi de croissance et de dépistage de la malnutrition			
Améliorer les conditions de travail des Agents de Santé Communautaire par la dotation des équipements professionnels			
Informier et sensibiliser les populations bénéficiaires sur le projet en cours à travers les missions des points focaux dans les zones cibles			
Informier et sensibiliser les populations bénéficiaires des zones d'intervention prioritaires (ZIP 2, 3, et 4) sur les interventions du projet à travers les missions des points focaux	<i>Promotion de l'utilisation des pratiques d'alimentation optimales du nourrisson et du jeune enfant par les mères, de la Ndf et de la SR dans les zones d'intervention du projet</i>		
Organiser des missions d'information et de sensibilisation dans les zones d'intervention sur les objectifs du projet			
Renforcer l'environnement institutionnel à travers la validation des modules de formation de communication communautaire en nutrition			
Développer un Plan de CCC des pratiques liées à l'ANJE – Ndf			
Développer et multiplier les supports de communication en faveur des pratiques liées à l'ANJE - Ndf			
Organiser des activités de démonstrations culinaires par la disponibilité d'ustensiles de cuisine en vue de fournir des conseils en Alimentation du Jeune Enfant (ANJE) et de la Nutrition de la Femme (Ndf)			

ACTIVITES	RESULTATS	EFFETS	IMPACTS
Renforcer les capacités de mise en œuvre opérationnelle du projet par le recrutement de quatre chauffeurs	<p><i>Renforcement des capacités institutionnelles et techniques du ministère de la santé pour améliorer la coordination de tous les acteurs intervenant dans la nutrition communautaire</i></p>		
Améliorer les compétences techniques de coordination, de suivi et de supervision des membres de l'équipe du projet au cours d'un voyage d'étude à Madagascar			
Améliorer les conditions de travail de l'équipe du projet par la mise à disposition de matériel et équipement de bureau			
Recruter l'équipe technique du projet			
Elaborer, valider et diffuser la stratégie nationale pour l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE)			
Organiser une visite de l'équipe du projet à Madagascar			
Renforcer le suivi des activités par les visites de terrain et les réunions mensuelles des ASC			
Renforcer la coordination par l'organisation d'une réunion des points focaux du projet en juillet 2018			
Entretenir et maintenir les véhicules permettant le suivi des activités sur le terrain.			
Contribuer à l'organisation périodique des réunions de travail de la Plateforme Multisectorielle Nationale du Mouvement SUN			
Organiser des missions de suivi et de supervision régulières dans les zones d'intervention du projet			
Tenir la réunion semestrielle de coordination			
Renforcement des capacités et gestion du projet			
Capacités institutionnelles et techniques du Ministère renforcées par le recrutement de l'équipe du projet composée d'un coordinateur national et de trois points focaux insulaires			
Capacités logistiques du Ministère de la santé et des Directions régionales renforcées à travers l'achat de 4 véhicules et le recrutement en cours des chauffeurs			
Amélioration des conditions de travail de l'équipe du projet par la mise à disposition de matériel informatique			

Annexe 10 : Matrice d'évaluation

Critères du CAD de l'OCDE	Questions évaluatives	Questions intermédiaires	Questions de niveau inférieur	Indicateurs	Sources de données	Méthodologie: Techniques de collecte des données pour répondre aux questions
Efficacité	Dans quelle mesure les objectifs du projet ANJE ont-ils été atteints ?	<p>Quelles sont les attentes qui n'ont pas été résolues par le projet ?</p> <p>Les comportements suivants ont été promus : la diversification alimentaire (à la fois en quantité et en qualité) le lavage des mains avant les repas, l'allaitement maternel exclusif?</p>		<p>- nombre de femmes enceintes / allaitantes, filles adolescentes et / ou enfants de moins de cinq ans touchés par les services de nutrition de base;</p> <p>- nombre Enfants de moins de 24 mois bénéficiant des pratiques d'amélioration d'alimentation pour nourrisson et jeune enfant (ANJE);</p> <p>- Nombre de communautés pauvres qui ont accès aux services de filet de sécurité et de nutrition;</p>	<p>Rapports intermédiaires semestriels N°1 à 5 de l'UNICEF sur le projet; Rapport N°: PAD1195 de la Banque mondiale (ou document du Projet); Rapport d'évaluation finale du Projet ANJE</p>	<p>Etude documentaire, l'analyse des parties prenantes, entretien structuré</p>
	Quels ont été les principaux facteurs ayant influencé la réalisation ou non des objectifs ?	<p>Facteurs de succès et d'échecs du Projet ?</p> <p>Quelles mesures ont été prises pour remédier les risques de gouvernance, macroéconomique et de capacité institutionnelle ?</p>	<p>Le projet a-t-il misé sur les initiatives existantes telles que l'introduction d'un financement basé sur la performance, le dépistage et la gestion de la malnutrition aiguë au niveau de la communauté, et la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance pour renforcer ses actions liées à l'ANJE ?</p> <p>Les consultants sont-ils recrutés pour développer un système d'information de gestion intégré et former le personnel pour le faire fonctionner le projet?</p>	<p>- Nombre d'enfants de moins de cinq ans inscrits dans le programme de surveillance de la croissance;</p> <p>- Nombre d'agents de santé communautaires formés pour fournir des services ANJE;</p> <p>- nombre d'activités non réalisées;</p>		
	L'intervention a-t-elle été mise en œuvre comme prévu initialement ? Dans la négative, pour quelle raison ?	<p>Quelle est la nouvelle théorie du changement du projet?</p> <p>Qu'est ce qui a été fait et prévu ?</p> <p>Qu'est ce qui a été fait et non prévu ?</p> <p>Quelles mesures ont été prises pour y remédier ?</p> <p>Quels sont les différents coûts efficacité des activités du projet?</p>				

Critères du CAD de l'OCDE	Questions évaluatives	Questions intermédiaires	Questions de niveau inférieur	Indicateurs	Sources de données	Méthodologie: Techniques de collecte des données pour répondre aux questions	
Pertinence	Les objectifs du projet ANJE sont-ils adaptés aux besoins nationaux en matière de nutrition des enfants ?	Quels sont les objectifs généraux	Y a-t-il un lien entre les objectifs du projet et les attentes exprimées par les bénéficiaires sur le terrain ? les activités concurrent-elles aux objectifs? La méthode de définition des objectifs a-t-elle été participative ?	- Degré de lien entre documents de diagnostics (EDS-MICS) et les stratégies et politiques; - relation de cause à effet entre les objectifs et les activités du Projet; - degré de participation des bénéficiaires à l'élaboration et la mise en œuvre du Projet	Rapport N°: PAD1195 de la Banque mondiale (ou document du Projet); PNDS 2015-2019, ODD, EDS-MICS 2012, PNNA, SCA2D,	Etude documentaire, l'analyse des parties prenantes	
	Le projet est-il cohérent avec les priorités, politiques nationales et régionales et l'implication des autorités sectorielles ?	Les objectifs du projet ont-ils répondu aux attentes de la population ? Les interventions ont-elles été modifiées pour répondre aux attentes des bénéficiaires ?		Quel lien avec les ODD ? Quel lien avec la SCA2D, la PNNA, PNDS ?			
		Le projet est arrimé à quels politiques ou plans du ministère de la santé?					
Efficiace	Pour réaliser les résultats obtenus, la mise en œuvre du projet a-t-elle utilisé le minimum nécessaire de ressources aussi bien matérielles, financières et humaines ? Dans l'affirmative, quels facteurs ont contribué à ce changement ?	Quelles ressources financières, humaines et matériels ont été utilisées pour produire les résultats?	en quoi ces ressources diffèrent elles des projets similaires? quelles stratégies ont été utilisées pour obtenir les résultats à moindre coût ?	- Effectif du personnel; - nombre de matériels informatiques; - nombre de véhicule; - taux de décaissement; pourcentage des ressources affectées aux communautés de base (vs % affecté au fonctionnement et à l'administration)	Rapports intermédiaires semestriels N°1 à 5 de l'UNICEF sur le projet; Rapport N°: PAD1195 de la Banque mondiale (ou document du Projet); Fichiers Excel et Word fournis par UNICEF (Achats de matériels Banque mondiale, DDE expédition ANJE, DFAMDASH Donor statement by activity, matériels ANJE reçus à Ngazidja)	Etude documentaire	
		Le projet a-t-il été mis en œuvre dans le temps imparti?					
		Y avait-il du personnel en quantité et en qualité?					
	La collaboration entre les partenaires du projet (gouvernement, UNICEF, JICA, communauté) a-t-elle été efficace pour le projet?						
	L'intervention a-t-elle été conçue et/ou modifiée au cours de la mise en œuvre afin d'optimiser l'utilisation des ressources financières ?	Qu'est ce qui a été fait et prévu ? Qu'est ce qui a été fait et non prévu ?					

Critères du CAD de l'OCDE	Questions évaluatives	Questions intermédiaires	Questions de niveau inférieur	Indicateurs	Sources de données	Méthodologie: Techniques de collecte des données pour répondre aux questions
Impact	Existe-t-il des preuves de changement sur l'état nutritionnel des enfants comoriens en général, à la suite de la mise en œuvre de ce projet ANJE ? Dans l'affirmative, quels facteurs ont contribué à ce changement? Dans la négative, pour quelles raisons?	<p>Quelles étaient les pratiques nutritionnelles chez les nourrissons et les jeunes enfants? Qu'est ce qui a changé après le projet ?</p> <p>Quelles sont les attributions causales du projet?</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Première mise au sein précoce; - Poursuite de l'allaitement au sein à l'âge de 1 an; - Enfants ayant été nourris au sein; - Poursuite de l'allaitement à l'âge de 2 ans; - taux de malnutrition aiguë; - taux de retard de croissance; - taux d'insuffisance pondérale 	<p>Rapports intermédiaires semestriels N°1 à 5 de l'UNICEF sur le projet; Rapport N°: PAD1195 de la Banque mondiale (ou document du Projet); Rapport d'évaluation finale du Projet ANJE</p>	<p>Analyse des parties prenantes, entretien structuré et semi structuré</p>
	<p>Dans quelle mesure les différents groupes, y compris les enfants et autres groupes vulnérables, ont-ils bénéficié de l'intervention, sur différents plans ?</p>	<p>Les bonnes pratiques du projet à généraliser ?</p> <p>Quels sont les avantages apportés par le projet?</p> <p>Les activités de nutrition ont pu générer des avantages comparatifs pour les enfants de moins de 5 ans et leurs mères dans les zones d'intervention ?</p> <p>quels sont les avantages négatifs induits par le projet?</p> <p>Quels problèmes d'alimentation des enfants ou des nourrissons, le projet n'a pas pu régler ?</p>		<ul style="list-style-type: none"> - déclarations des bénéficiaires (analyse de contenu); 		

Critères du CAD de l'OCDE	Questions évaluatives	Questions intermédiaires	Questions de niveau inférieur	Indicateurs	Sources de données	Méthodologie: Techniques de collecte des données pour répondre aux questions
Viabilité	Dans quelle mesure les résultats et les avantages du projet ANJE perdureront-ils après la fin de l'intervention (donc du financement externe) ?	LES DRS en collaboration avec leurs partenaires ont-ils identifié et mis en œuvre des mesures incitatives pour attirer, retenir et encourager la performance des ASC ?				
	Dans quelle mesure les acteurs et les bénéficiaires du projet se sont-ils approprié les activités développées et les connaissances acquises au cours du projet de manière à les intégrer dans leurs pratiques professionnelles et / ou quotidiennes ?	Quels types de mesures incitatives?				
		Quels sont les facteurs ayant influencé la pérennité du projet?	Les dirigeants communautaires et les décideurs (y compris les chefs religieux, les agents de santé communautaire, les leaders locaux et les organisations de femmes) sont-ils impliqués dans le suivi et l'évaluation du projet? Sont-ils impliqués dans la mise en œuvre? Quels sont les bénéficiaires indirects du projet ?	- déclarations des bénéficiaires (analyse de contenu);	Rapports d'évaluation de la composante N°1 du PFSS, Rapport d'évaluation finale du Projet ANJE	analyse documentaire et entretien semi structuré
		Quelles étaient les pratiques nutritionnelles chez les nourrissons et les jeunes enfants. Qu'est ce qui a changé après le projet ?	Y a-t-il eu intégration du projet avec les autres acteurs sur le terrain, les autres programmes pour des actions durables dans le temps?			
		Quelles sont les difficultés dans l'application des connaissances acquises grâce au projet ?				
Equité	Dans quelle mesure la mise en œuvre de ce projet ANJE a-t-elle contribué à l'autonomisation des femmes, leur participation dans la prise de décision au sein de la famille et de la communauté sur les questions relatives à la santé et le développement de l'enfant ?	Le projet ANJE a-t-il permis aux femmes d'être autonomes et plus libres dans leurs ménages?	Le projet a-t-il permis d'améliorer les revenus des ménages surtout des femmes?	- déclarations des bénéficiaires (analyse de contenu);	Rapports d'évaluation de la composante N°1 du PFSS, Rapport d'évaluation finale du Projet ANJE	Analyse documentaire
	En quoi, ce projet ANJE a-t-il permis une amélioration des conditions de vie des enfants des familles pauvres et vulnérables de manière à augmenter les chances de développer leur plein potentiel ?	La protection des enfants et leurs droits sont mieux assurés?				
	Les enfants vont-ils mieux à l'école? Se portent ils mieux?					

Annexe 11 : Tableau des indicateurs PFSS révisés

Nom de l'indicateur	base	Objectif PAD (initial)	Objectif PAD (révisé)	Situation au 30 juin 2019
Bénéficiaires (ménages ciblés) des programmes de filet de sécurité – argent en échange de travail, vivre en échange de travail et travaux publics (nombre) (Nombre – Sous-Type: Répartition) - (de base)	0.00	5890	4000	4217
a) <i>Filets sociaux productifs</i>		4000	4000	4217
b) <i>Activités en réponses aux catastrophes naturelles</i>		1890		0
Bénéficiaires (travailleurs femmes) ciblés de programmes de filet de sécurité – Femme (nombre) (Nombre - Sous-Type : Répartition) - (de base) qui ont reçu les transferts	0.00	2945	2000	2507
a) <i>Filets sociaux productifs</i>		2000	2000	2507
b) <i>Activités en réponses aux catastrophes naturelles</i>		945	0	0
Femmes enceintes /allaitantes, filles adolescentes et/ou enfants de moins de cinq ans touchés par les services de nutrition de base (nombre)**	0.00	9600	9600	33340
- Femmes enceintes				2821
- Filles /garçons adolescentes				1477
- Mère des enfants				14524
- Enfants de moins de cinq ans				14518
Enfants de moins de 24 mois bénéficiant de l'amélioration de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) pratiques (nombre)**	0.00	2800	2800	6654
Nombre de communautés pauvres ayant accès à la protection sociale et de services de nutrition. (Nombre)**	0.00	60	60	69
INDICATEURS DE RESULTATS INTERMEDIAIRES				
Nombre de sous-projets d'infrastructures réhabilitées, reconstruits et construits	0.00	15	6	6
Nombre de personnes / jours d'emploi créés	0.00	810 000	600 000	641 456

Nombre de ménages bénéficiant d'activités post-catastrophe (Nombre)	0.00	<i>1890</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
Nombre d'enfants de moins de cinq ans inscrits dans le programme (nombre) de surveillance de la croissance**	0.00	<i>9200</i>	<i>9200</i>	<i>13 081</i>
Nombre d'agents de santé communautaires formés pour fournir des services ANJE**	0.00	<i>100</i>	<i>105</i>	<i>105</i>
Coûts opérationnels du PFSS ²¹	20.00	<i>20</i>	<i>20</i>	<i>21,29%</i>
Audits opérationnels mis en œuvre (nombre)	0.00	<i>2</i>		<i>2</i>
Pourcentage des ménages bénéficiaires des activités de filet de sécurité productif enregistrés dans le SIG du PFSS ²²	0.00	<i>90</i>		<i>100%</i>

** indicateurs du Projet ANJE

Source : UNICEF-Comores, document mis à disposition le 18 août 2019.

²¹ Le coût opérationnel au 31 décembre 2016 après correction des écritures comptable est de 36,78%.

²² 9 057 ménages inscrits dans la base de données

Annexe 12 : Liste des personnes contactées et des villages visités par le consultant

Liste des personnes contactées		
Noms et prénoms	Titres	Structures
Dr Marie-Reine Chirezi Fabry	Représentante Adjointe de	UNICEF
Dr Thamra Kamardine	Directrice	Direction de la Santé Familiale
Famouma Hadj	Responsable nationale de la Nutrition Mme Famouma Hadj	Direction de la Santé Familiale
Dr Ben Aboubacar	Administrateur Nutrition	UNICEF
Ibrahim Ahamada	Directeur	Direction de la Protection sociale
Ali Mohamed Ahamada	Administrateur Suivi Evaluation et planification	UNICEF
Dr Baraka Hamidou Boina	Directeur Régional	Direction Régionale de Nagazidja
Dr Mohamed Salim Ben Said Hafi	Directeur Régional	Direction Régionale de Nzouani
Dr Djamaldine Mohamed Sambu	Directeur Régional	Direction Régionale de Moheli
Bahtine Mouhammad Elmaarouf	Responsable suivi évaluation	ANACET
Lidia Ahamada Mmadi	Point focal Projet ANJE à (Nagazidja)	Direction Régionale de Nagazidja
Aboubacar Rahada	Point focal Projet ANJE à Nzouani	Direction Régionale de Nzouani
Fatima Abdou Ahmed	Point focal Projet ANJE à Moheli	Direction Régionale de Moheli
Ansufoudine Boura	Chef service Nutrition Direction Régionale de Moheli	Direction Régionale de Moheli
Liste des villages visités		
Îles	Villages	Statut
NGAZIDJA	Dimadjou	Villages traités
	Sada Chihoué	
	Mdjihari	
	Ntsorale Mboudé	Villages témoins
	Domoni	
	Dima	
	Simboussa Mboudé	
NZOUANI	Komoni	Villages traités
	Dzianii	
	Koni Djodjo	Village témoins
	Magnassini	
MOHELI	Kangani	Villages traités
	Hamba	

Annexe 13 : Questions éthiques

La présente évaluation a été faite suivant les directives éthiques pour l'évaluation (*Ethical Guidelines for Evaluation 2016*) du Groupe des Nations Unies pour l'évaluation. Ainsi, nous :

1. avons présenté les informations complètes et équitables des forces et des faiblesses afin que les décisions ou les mesures prises soient bien fondées ;
2. allons divulguer l'ensemble des conclusions d'évaluation, ainsi que les informations sur leurs limites et les mettre à disposition de tous ceux concernés par l'évaluation et qui sont légalement habilités à recevoir les résultats ;
3. avons protégé et protégerons l'anonymat et la confidentialité à laquelle ont droit les personnes qui nous ont communiqué des informations ;
4. signalerons et fournirons les éléments de preuve à notre possession faisant état d'actes répréhensibles pendant l'évaluation. Ces cas seront signalés de manière confidentielle aux autorités compétentes chargées d'enquêter sur la question ;
5. étions attentifs aux croyances, aux us et coutumes et faisons preuve d'intégrité et d'honnêteté dans nos relations avec toutes les parties prenantes ;
6. sommes responsables de leur performance et de ce qui en découle. Nous présenterons par écrit ou oralement, de manière claire, précise et honnête, l'évaluation, les limites de celle-ci, les constatations et les recommandations ;
7. avons respecté et respecterons les procédures comptables reconnues et faire preuve de prudence dans l'utilisation des ressources de l'évaluation.

Annexe 14 : Bibliographie

BIBLIOGRAPHIE

- ACF-Canada, et Centers for Disease Control and Prevention. *Guide enquêtes nutritionnelles SMART rapide pour situations d'urgence*. 2014.
- . *Manuel de formation: enquêteurs SMART*. 2014.
- Action Contre la Faim (ACF). *L'essentiel des clés pour comprendre la nutrition-santé et le positionnement de l'Action Contre la Faim*. Paris, 2012.
- Banque mondiale. «Rapport n°: PAD1195, document de la banque mondiale.» 2015.
- Bureau UNICEF Comores. «Rapport intermédiaire 2, amélioration de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.» Moroni, 2017.
- Bureau UNICEF Comores. «Rapport intermédiaire 4, amélioration de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.» Moroni, 2018.
- Bureau UNICEF Comores. «Rapport intermédiaire 5, amélioration de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.» Moroni, 2018.
- Bureau UNICEF Comores. «Rapport intermédiaire 6, amélioration de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.» Moroni, 2019.
- Bureau UNICEF Comores. «Rapport intermédiaire 7, amélioration de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.» Moroni, 2019.
- Commissariat Général au Plan. «Analyse de l'Enquête Intégrale auprès des Ménages (EIM)-2004, dimensions non monétaires de la pauvreté aux Comores.» Moroni, 2005.
- Davidson, E. J. «Logique d'évaluation.» *Note méthodologique N°4* (Centre de recherche Innocenti), 2014.
- Direction générale de la statistique et de la prospective. «Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples (EDS-MICS).» Moroni, 2012.
- Fonds d'appui au développement communautaire (FADC)-Comores. «Manuel de procédures, filets sociaux productifs.» Moroni, 2016.
- Gertler, Paul J, Sebastian Martinez, Patrick Premand, Laura R Rawlings, et Christel, M. J. Vermeersch. *L'évaluation d'impact en pratique*. Banque Mondiale, 2011.
- Golden, M., Y. Grellety, H. Schwartz, et F. Tchibindat. «Compte rendu de l'atelier pour harmoniser les critères de suivi et évaluation du traitement de la malnutrition aiguë en Afrique de l'ouest et du centre.» Dakar, 2010.
- Institut national de la statistique des études économiques et démographique. «Pauvreté et consommation des ménages en Union des Comores.» Moroni, 2015.

- JICA/IC Net S.A. «Projet d'appui à la lutte contre la malnutrition dans le cadre de la santé maternelle et infantile aux Comores.» Rapport de mission final 2016-2018, Moroni, 2018.
- Ministère de la santé. «Politique nationale de nutrition et de l'alimentation de l'Union des Comores 2018-2025.» Moroni, 2018.
- OMS, et UNICEF. *Normes de croissance OMS et identification de la malnutrition aigüe sévère chez l'enfant, déclaration commune de l'OMS et de l'UNICEF.* Genève, 2009.
- Organisation de coopération et de développement économique (OCDE). *Lignes directrices et ouvrage de référence du CAD: normes de qualité pour l'évaluation de développement.* Editions OCDE, 2010.
- Peersman, G. «Critères d'évaluation.» *Note méthodologique N°3* (Centre de recherche Innocenti), 2014.
- Peersman, G. «Présentation des méthodes de collecte et d'analyse de données dans l'évaluation d'impact.» *Note méthodologique N°10* (Centre de recherche Innocenti), 2014.
- Rogers, P. «Présentation de l'évaluation d'impact.» *Note méthodologique N°1* (Centre de recherche Innocenti), 2014.
- Rogers, P. «Présentation des stratégies d'attribution causale.» *Note méthodologique N°6* (Centre de recherche Innocenti), 2014.
- Rogers, P. «Théorie du changement.» *Note méthodologique N°2* (Centre de recherche Innocenti), 2014.
- UNICEF, et al. *Indicateurs pour évaluer les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, Partie 1, définitions.* 2009.
- . *Indicateurs pour évaluer les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, Partie 2, calculs.* 2011.
- Vice présidence en charge du ministère de la santé de la solidarité de la cohésion sociale et de la promotion du genre. *Plan national de développement sanitaire 2015-2019.* Moroni, 2014.
- World Bank's Development Research Group (DECRG), Impact Evaluation d'évaluation, Unit (DECIE), Fonds d'Appui au Développement Communautaire (FADC). «Travaux Publics et Bien-Être : Randomisation d'un Programme Argent contre Travail Ciblant les Pauvres dans un Pays à Faibles Revenus.» Rapport baseline, 2017.
- World Food Programme. «Comoros: comprehensive food security and vulnerability analysis (CFSVA).» Moroni, 2006.