



PARTIE II : DTF COMPOSANTE NUTRITION

Amélioration de la situation nutritionnelle des populations des communes de Cendajuru, Kinyinya et Gisuru

Fonds belge pour la sécurité alimentaire

FBSA – Burundi

2013

Table des matières

PARTIE 1 : SYNTHÈSE	4
1.1 PRESENTATION DU PARTENAIRE DU FONDS	4
1.2 PRESENTATION DU PROJET	4
1.2.1 Fiche signalétique du projet	4
1.2.2 Partenaires locaux	5
1.2.3 Thèmes transversaux	6
1.2.4 Cadre logique CROIX-ROUGE	9
1.2.5 Budget général	15
1.2.6 Budget des coûts de gestion	16
1.2.7 Données pour le calcul des frais de structure de l'ONG	16
1.2.8 Aperçu des coopérants	17
1.2.9 Calendrier des réalisations	18
PARTIE 2: DOSSIER TECHNIQUE ET FINANCIER	20
2.1 RESUME	20
2.2 HISTORIQUE	20
2.3 ANALYSE DES PROBLEMES	21
2.4 STRATEGIE SECTORIELLE	28
2.5 LOGIQUE D'INTERVENTION CROIX-ROUGE	28
2.5.1 Leçons apprises et recommandations	28
2.5.2 Conclusions et recommandations d'éventuelles études préliminaires	29
2.5.3 Motivation du choix du groupe cible et de la zone d'intervention	31
2.5.4 Motivation du choix de l'intervention	35
2.5.5 Contribution du projet aux OMD et application des principes de Paris et Accra	36
2.5.6 Accord de la CR du Burundi avec les autorités nationales et locales	37
2.5.7 Synergies et complémentarité avec les intervenants hors FBSA	37
2.6 ANALYSE DES RISQUES ET HYPOTHESES :	39
2.6.1 Au niveau de l'objectif spécifique	39
2.6.2 Au niveau du Résultat 1	40
2.6.3 Au niveau du Résultat 2	40
2.6.4 Au niveau du Résultat 3 :	40
2.6.5 Conditions préalables :	41
2.7 PLANNING OPERATIONNEL	41

2.7.1	Présentation des Objectifs, résultats, activités, IOV, source de vérification.....	41
2.8	CHOIX ET DESCRIPTION DU PARTENAIRE	48
2.8.1	Description du partenaire : la Croix-Rouge du Burundi	48
2.8.2	Description du partenariat	49
2.9	METHODOLOGIE	49
2.9.1	Responsabilités en terme de prise de décision	49
2.9.2	Gestion journalière, logistique	49
2.9.3	Suivi-Evaluation	51
2.9.4	Synergie à développer avec les autres acteurs du programme	52
PARTIE 3: ARTICULATION PROJET/PROGRAMME		54
3.1	COHERENCE DU CADRE LOGIQUE DU PROJET AVEC LE CADRE LOGIQUE DU PROGRAMME	54
3.1.1	Cohérence des résultats du projet avec les résultats du programme (description de la manière dont le projet contribuera à l'atteinte des résultats prévus dans le programme / impact au niveau du programme).....	54
ANNEXES		55
SIGLES ET ABREVIATIONS		55

PARTIE 1 : SYNTHÈSE**1.1 PRÉSENTATION DU PARTENAIRE DU FONDS**

Nom – Abréviations : Croix-Rouge de Belgique, Communauté francophone – CRB-CF		Statut juridique: a.s.b.l.	Activité centrale (spécificité): Soutien aux personnes les plus vulnérables
Adresse du siège social	Rue de Stalle, 96 B- 1180 Bruxelles	Date de l'agrément:	17 novembre 1997
Adresse du secrétariat	Rue de Stalle, 96 B- 1180 Bruxelles	Date de l'agrément-programme :	23 avril 2007
Téléphone : 02.371.34.13	Fax : 02.346.12.48	Courriel: departement.international@redcross-fr.be	Site internet: http://www.croixrouge.be/
Responsable de l'ONG + titre: Pierre Hublet Directeur du département international		Téléphone: 02.371.34.11	Courriel: pierre.hublet@redcross-fr.be
Personne de contact : Simonetta Risaio		Téléphone: 02.371.34.10	Courriel: simonetta.risaio@redcross-fr.be

1.2 PRÉSENTATION DU PROJET**1.2.1 Fiche signalétique du projet**

Titre*: Amélioration de la situation nutritionnelle des populations des communes de Cendajuru, Kinyinya et Gisuru		Référence:	
Contexte <input type="checkbox"/> urbain <input type="checkbox"/> semi-urbain <input checked="" type="checkbox"/> rurale		Thème central: Nutrition	
Secteur d'activité principal: 122		Sous-secteur 1: 12240	Sous-secteur 2: 12281
Pays: Burundi		Ville/Province: Provinces de Ruyigi et Cankuzo	Li e u: communes de Cendajuru, Kinyinya et Gisuru
Durée projet (nombre de mois): 60 Mois		Cadre stratégique: Début: 06/01/2012 Fin: 05/01/2022	Numéro de compte pour le projet: BE11 3101 2912 2648
Date de réception du projet:			

Groupe cible	<ul style="list-style-type: none"> -Les Formations sanitaires (FOSA) - Les comités de coordination communaux - Les comités collinaires de Nutrition et de Santé (CCNS) - Les Sections Jeunesses (SJ) Croix-Rouge 	<p>Pour la phase de démarrage :</p> <p>Enfants de moins de 5 ans : 28 762</p> <p>Femmes enceintes et allaitantes : 21 459</p> <p>Malades chroniques (tuberculeux et porteurs du VIH/SIDA) : 750</p>
La composante possède-t-elle un lien avec un programme/projet cofinancé antérieurement par la DGCD?	X non	<input type="checkbox"/> oui Oui, notamment:
		Montant des dépenses antérieures:
		Existe-t-il un rapport d'exécution?

1.2.2 Partenaires locaux

Nom : Croix-Rouge du Burundi Abréviation: CRB		Statut juridique: Auxiliaire des pouvoirs publics	Activité principale : Alléger les souffrances des plus vulnérables ; Appui au développement communautaire
		Date de fondation : 1963	
Adresse du secrétariat: 18, Av .des USA Bujumbura - BURUNDI		Méthode comptable: X double analytique	
Téléphone/ : + 257 22 21 88 71	Fax: + 257 22 21 1101	E-mail: croixrougebi@yahoo.fr	Site internet: croixrougeburundi.org/
Le cas échéant, adresse de l'antenne locale impliquée dans le programme : branches de Cankuzo et Ruyigi			
Téléphone: + 257 22218871	Fax : + 257 22 21 11 01	E-mail: croixrougebi@yahoo.fr	Site internet: croixrougeburundi.org/
Organisation responsable : Croix - Rouge du Burundi		Téléphone: 257 22218871	E-mail: croixrougebi@yahoo.fr
Personne de contact: Secrétaire Général		Téléphone:+ 257 22 21 88 70	E-mail: katiyunguruza @yahoo.fr

Budget annuel 2012 : 8.025.720.194 BIF	Date du premier contact avec le partenaire: 2006
Donneurs principaux des trois dernières années: : CICR, FICR , EuropeAID , DGD , GTZ	

1.2.3 Thèmes transversaux

CAD Mainstreaming			
Genre	2	Changement climat-mitigation	0
Environnement	1	Changement climat-adaptation	1
Bonne gouvernance	0	Economie sociale	0
Trade development	0	Milieu urbain	0
Marqueurs Rio	0	Droits des enfants	2
Désertification	0	VIH/SIDA	2
Biodiversité	0		

Score	Signification
0	L'intervention ne s'intéresse pas à cet objectif (il est possible que certains thèmes ne soient pas pertinents/opportuns pour le programme)
1	Il s'agit d'un élément important pour l'intervention mais non la principale raison (objectif secondaire)
2	Il s'agit de la principale raison de l'intervention (objectif principal)

L'approche de la Croix-Rouge repose sur des valeurs et concepts propres au Mouvement Croix-Rouge régit par des principes fondamentaux. Lors de ses activités elle s'attache à promouvoir ces valeurs humanitaires pour le respect des droits et de la dignité humaine.

La question du genre est spécifiquement prise en compte dans ce projet. En effet, la majorité des actions ont pour but d'améliorer la santé de la mère et de son enfant. Les activités de sensibilisation et de formation sur les bonnes pratiques en matière de prévention santé **renforceront les connaissances des mères et futures mères** et leur permettront d'adopter des comportements permettant la préservation de leur santé et celle de leurs enfants. De manière directe, cela permettra aux mères d'épargner sur les frais de soins de santé et sur le temps passé en dehors du ménage pour accompagner leurs enfants aux centres de santé. De manière plus indirecte, cela réduira les inquiétudes des mères et les soulagera de sorte qu'elles pourront mieux s'affirmer dans d'autres domaines propices à leur développement.

Plus particulièrement :

- Les sensibilisations communautaires sur la promotion des consultations prénatales et la nutrition des femmes enceintes et allaitantes, l'allaitement exclusif pendant les 6 premiers mois de la vie, la promotion de l'hygiène, la lutte contre les maladies courantes auront comme impact d'améliorer la santé maternelle.
- Certaines mamans, appelées « mamans lumières » seront identifiées comme déviants positifs par la communauté, c'est-à-dire comme des exemples de mamans ayant des pratiques favorables à la santé de leurs enfants au sein de la communauté. Elles seront formées sur les pratiques familiales essentielles, sur l'hygiène et l'assainissement, la nutrition et dans la gestion des Foyers d'Apprentissage et de Réhabilitation Nutritionnelle (FARN). Elles participeront à l'élaboration du plan de sensibilisation et à sa mise en œuvre auprès de la communauté tout au long du projet. ce qui leur confèrera un certain statut social et une certaine reconnaissance au sein de la communauté augmentant leur pouvoir décisionnel
- Quant au rôle des hommes dans le projet, les sensibilisations les approcheront également, car ils sont impliqués dans le choix de la consommation de la production familiale (plutôt que la vente) de l'achat des aliments pour le ménage et de l'utilisation des moyens de contraception. Un accent particulier sera mis sur la sensibilisation à la planification familiale destinée aux hommes et à l'importance d'investir les moyens supplémentaires dégagés au sein du ménage dans une alimentation équilibrée pour toute la famille.

L'impact du projet sur l'environnement est pris en compte dans ce projet :

- La sensibilisation aux bonnes pratiques d'hygiène et d'assainissement porteront notamment sur la gestion organisée des déchets et l'assainissement de l'habitat.

- La communauté sera aussi sensibilisée à l'auto-construction de latrines individuelles via l'approche « Assainissement Total Piloté par les Communautés » (ATPC)¹. Le projet prévoit la fabrication de dalettes (sanplast) tandis que la communauté apporte les matériaux locaux. Ces activités auront un impact sur l'environnement immédiat des bénéficiaires.
- Des séances de sensibilisation à la bonne utilisation de l'eau seront organisées à destination des leaders communautaires, des comités de gestion de l'eau et de la communauté. Cette activité est menée auprès des différentes parties prenantes, avant, pendant et après la mise en place d'adduction et de sources d'eau potable par l'UNCDF.
- Les Centres de Santé (CDS) de la zone d'intervention seront équipés en SCEP (Système de Captation des Eaux Pluviales).
- Enfin, des sensibilisations seront organisées pour la promotion de l'usage des foyers améliorés. Ces foyers permettent de limiter la consommation de bois et d'énergie, et qui contribuent dès lors à limiter l'impact sur l'environnement.

L'adaptation au changement climatique est prise en compte dans ce projet :

- L'approche du projet valorise les solutions locales (à travers les mamans lumières, déviants positifs au sein de la communauté et les volontaires Croix-Rouge qui s'auto-organisent pour prendre en charge les plus vulnérables) et l'utilisation d'aliments locaux disponibles, abordables et adaptés à l'augmentation des sécheresses et des intempéries consécutives aux changements climatiques.
- La Croix-Rouge conseillera pour les aspects nutritionnels la recherche action menée par Louvain Développement et Ucode sur les plantes capables de résister à la sécheresse. Ces plantes améliorées lorsqu'elles seront produites seront utilisées lors des séances de démonstration culinaire des FARN. La CR fera connaître aux ménages sensibilisés les multiplicateurs de ces semences améliorées soutenus par LD et Ucode.
- Caritas et Soprad, là où c'est possible, installeront des foyers améliorés dans les FARN ou chez les mamans lumières, afin de favoriser la diffusion de cette technique.

L'impact du projet sur le VIH/SIDA :

- Les sensibilisations communautaires aborderont la planification familiale et la prévention du VIH/SIDA auprès des hommes et femmes en âge de procréer. La CR dispose d'une grande expérience dans le domaine et de modules de formation/sensibilisation déjà bien rodés. De même le projet s'attachera à sensibiliser les communautés contre la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH/SIDA.
- Les personnes vivant avec le VIH/SIDA sont organisées en associations de solidarité. Les associations de solidarité présentes sur les 3 communes seront appuyées en petits animaux (chaîne de solidarité) et en jardins de cuisine, leur permettant de s'organiser de façon autonome et d'améliorer la valeur nutritive de leur alimentation.
- Par ailleurs la promotion d'une bonne nutrition pour les malades atteints du sida, permet d'augmenter leur capacité de résistance aux infections opportunistes, qui réduisent et affaiblissent leur organisme en les empêchant d'occuper un travail, et par conséquent d'occuper une position active dans la société.

L'impact du projet sur le droit des enfants :

- Le projet contribuera directement à renforcer le droit des enfants à l'alimentation, en sensibilisant les mamans à l'importance de donner une nourriture suffisante et diversifiée à leurs enfants et en donnant les moyens aux mamans avec des enfants malnutris de mettre ces principes en pratique (grâce à des jardins potagers).
- Le droit à la santé : En renforçant les compétences de différents acteurs (FOSA, communauté, parents) à dépister, suivre et prendre en charge la malnutrition, le projet permet aux enfants d'être mieux soignés et pris en charge. Grâce aux sensibilisations visant la prévention de la malnutrition, on contribue à renforcer la bonne santé d'aujourd'hui et de demain des enfants.
- Une attention particulière est également portée à l'implication et la prise en compte des avis des jeunes dans le projet. Les sections jeunesse Croix-Rouge (16 - 35 ans) sont parties prenantes du projet. Des membres des sections jeunesse font parties du processus de formation et élaboreront le plan de sensibilisation des jeunes de la communauté aux bonnes pratiques de santé, de nutrition et d'hygiène et assainissement.
- Les membres des sections jeunesse sensibiliseront d'autres jeunes via l'éducation par les pairs.

¹ L'approche ATPC est une méthodologie innovante qui vise à mobiliser les communautés pour éliminer les défécations à l'air libre. Ces communautés sont appuyées pour réaliser leurs propres évaluations et analyses de la défécation à l'air libre et prendre leurs propres mesures pour parvenir à la fin de la défécation à l'air libre. Cette nouvelle méthodologie est promue par le gouvernement burundais.

- Un accent particulier est mis sur la sensibilisation aux méthodes contraceptives des jeunes, afin de réduire le taux de grossesses des adolescentes. Les jeunes filles étant forcées de quitter l'école quand elles sont enceintes, ceci permettra de contribuer à plus long terme au droit à l'éducation des enfants.

1.2.4 Cadre logique CROIX-ROUGE

Pour les indicateurs, les cibles seront affinées sur base des résultats des données collectées en année 1. Nous ne disposons en effet actuellement pas assez d'informations à ce propos.

<i>Logique d'intervention</i>	<i>IOV</i>	<i>Source de vérification</i>	<i>Hypothèse et risques</i>
OG : Améliorer l'accès à l'eau potable et l'utilisation des aliments disponibles et de l'eau potable de manière durable pour les groupes vulnérables	<p>75% des ménages de la zone d'intervention sont capables de préparer une alimentation équilibrée</p> <p>Le % des enfants de moins de 5 ans souffrant de la malnutrition aigue est réduit de moitié dans la zone d'intervention</p>	<p>Enquête CAP (début et fin du projet) Focus group annuel Visite à domicile</p> <p>Enquête SMART (début, mi-parcours et fin de projet)</p> <p>Statistiques du système d'information sanitaires (SIS)</p> <p>Registres des FOSA et des FARN</p>	
OS : Les communautés ont les capacités de faire face durablement à la malnutrition, aux maladies et autres problèmes de santé	<p>50% des ménages de la zone d'intervention sont des ménages modèles qui adoptent les 5 pratiques essentielles : planning familial, allaitement exclusif au sein pendant 6 mois, lavage des mains aux moments critiques, 3 Consultations Pré-Natales (dont une le premier trimestre), utilisation Moustiquaire Imprégnée d'Insecticides</p>	<p>Enquête CAP (début et fin du projet)</p> <p>Focus group et enquête annuel Visite à domicile</p>	<p>La disponibilité et l'accessibilité alimentaire (en quantité et en qualité) est suffisante sur la zone</p> <p>Aucune catastrophe ou épidémie ne survient pendant la période du projet.</p> <p>La situation sécuritaire dans les zones du projet ne se dégrade pas et permet une intervention régulière du personnel du programme sur le terrain.</p> <p>Les autorités locales et services de santé sont actifs et dynamiques dans la mise en œuvre du projet.</p>

<p>R1. Les ménages les plus vulnérables des communautés ciblées ont les capacités de nourrir convenablement leurs familles</p>	<p>80% des mamans pratiquent le taux d'allaitement exclusif entre 0 à 6 mois</p> <p>75% des mamans sont capables de préparer une alimentation équilibrée à leur enfant à partir de 6 mois en complément de l'allaitement maternel</p> <p>La proportion des ménages les plus vulnérables qui utilisent les aliments à haute valeur nutritive chaque jour a augmenté de 30%</p>	<p>Enquête CAP (début et fin du projet)</p> <p>Focus group et enquête annuel</p> <p>Visite à domicile</p>	<p>La synergie d'action entre les partenaires du FBSA est effective et les résultats atteints permettent aux populations d'avoir un accès à de l'eau potable et à une alimentation variée en quantité suffisante.</p>
<p>R2. Les ménages des communautés ciblées développent des comportements et habitudes démontrées efficaces dans la lutte contre les maladies et autres problèmes de santé</p>	<p>Augmentation de 30% du taux d'utilisation des moustiquaires parmi les ménages qui ont des moustiquaires</p> <p>Augmentation de 30% du nombre de ménages qui pratiquent le lavage des mains aux moments critiques</p> <p>Augmentation de 20% du taux d'utilisation des méthodes contraceptives</p> <p>Augmentation de 20% du taux de femmes enceintes qui effectuent 3 CPN par grossesse, dont une au premier trimestre</p>	<p>Enquête CAP (début et fin du projet)</p> <p>Focus group et enquête annuel</p> <p>Visite à domicile</p> <p>Statistiques du système d'information sanitaires</p> <p>Données des FOSA</p>	<p>Les FOSA ont les ressources humaines et matérielles pour fournir les méthodes contraceptives et les moustiquaires de routine ainsi que pour prendre en charge les consultations prénatales.</p> <p>La synergie d'action entre les partenaires du FBSA est effective et les résultats atteints permettent aux populations d'avoir un accès à de l'eau potable.</p> <p>Les croyances religieuses n'empêchent pas la planification familiale.</p>
<p>R3. Les cas de malnutrition sont dépistés et pris en charge convenablement par les communautés et les FOSA</p>	<p>80% des enfants de 0 à 5 ans sont dépistés de la malnutrition deux fois par an</p> <p>90% des FARN ont un taux de guérison des enfants de moins de 5 ans malnutris aigus modérés pris en charge dans les FARN > 85%</p> <p>90% des FARN ont un taux d'abandon < 10%</p> <p>Taux de guérison des enfants de moins de 5 ans malnutris aigus pris en charge dans les FOSA > 75 %</p> <p>Le taux de décès des enfants de moins de 5 ans malnutris aigus pris en charge dans les FOSA < 5%</p>	<p>Registre de dépistage des cas de malnutrition</p> <p>Registre d'admission des FARN et les FOSA</p> <p>Registre de sortie des FARN</p> <p>Fiches de suivi des bénéficiaires des FARN (visite à domicile)</p> <p>Registre d'admission et de sortie des FOSA</p>	<p>Les communautés sont réceptives et adhèrent au concept de déviance positive.</p> <p>Les FOSA ont les capacités humaines et matérielles pour prendre en charge conformément au Protocole National les cas de malnutrition qui leur seront référés.</p> <p>Les services de santé collaborent avec le Programme FBSA</p>

	Taux de couverture de la prise en charge des MAM au niveau des FARN > 80%	Enquête SMART (prévalence) Registre des FARN.	
<p>Résultat 1 : Les ménages les plus vulnérables des communautés ciblées ont les capacités de nourrir convenablement leurs familles</p>			
<p>R1A1 : Etude de base / enquête CAP et SMART en début, mi-parcours et fin de projet</p>			
<p>R1A2 : Mise en place d'un processus de formation - recyclage des sections jeunesse CR et des comités collinaires de Nutrition et de Santé (CCNS) en techniques de communication et d'animation, et en promotion des bonnes pratiques de nutrition, avec un accent particulier sur les Actions Essentielles en Nutrition (AEN)</p>			
<p>R1A3 : Dotation des CCNS et des sections jeunesse CR en matériel didactique et de visibilité (boîtes image, T-shirts, dépliants, panneaux, etc.)</p>			
<p>R1A4 : Elaboration et mise en œuvre d'un plan de communication intégré. Réalisation de séances IEC/CCC et d'activités de promotion au niveau communautaire des bonnes pratiques de nutrition (notamment via les groupements pré-coopératifs soutenus par CSA/Capad)</p>			
<p>R1A5 : Appui des plus vulnérables afin d'améliorer leur accessibilité à des aliments à haute valeur nutritive : référencement des ménages ayant des enfants malnutris auprès de Caritas/Soprad et WSM/Agakura/Adisco pour un appui à l'augmentation du revenu et de la production ; appui des malades chroniques (PVVS et tuberculeux) et des ménages les plus vulnérables ayant un enfant malnutri, non soutenus par une autre organisation, en jardin de cuisine et petit bétail (accompagnés par les agronomes de Caritas/soprad) (à partir des intrants et des semences vendus par les producteurs soutenus par LD/Ucode).</p>			
<p>R1A6 : Aménagement de jardins de cuisine de démonstration au niveau des FARN (accompagnés par les agronomes de Caritas/soprad) (à partir des intrants et des semences vendus par les producteurs soutenus par LD/Ucode)</p>			
<p>Résultat 2 : Les ménages des communautés ciblées développent des comportements et habitudes démontrées efficaces dans la lutte contre les maladies et autres problèmes de santé</p>			
<p>R2A1 : (cf R1A1) Mise en place d'un processus de formation - recyclage des sections jeunesse CR et des comités collinaires de Nutrition et de Santé (CCNS) en prévention des maladies, promotion de la santé et en hygiène et assainissement, avec un accent particulier sur les Pratiques Familiales Essentielles (PFE) suivantes : Planning Familial, lavage des mains aux moments critiques, 3 Consultations Pré-Natales, utilisation de Moustiquaire Imprégnée d'Insecticides</p>			
<p>R2A2 : (cf. R1A2) Dotation des CCNS et des sections jeunesse CR en matériel didactique et de visibilité (boîtes image, T-shirts, dépliants, panneaux, etc.)</p>			
<p>R2A3 : (cf. R1A3) Elaboration et mise en œuvre d'un plan de communication intégré. Réalisation de séances IEC/CCC et d'activités de promotion au niveau communautaire : sensibilisation à l'hygiène et assainissement selon la méthode ATPC et sensibilisation en prévention des maladies et promotion de santé selon la méthode PSSBC (notamment via les groupements pré-coopératifs soutenus par CSA/Capad) ; sensibilisation des parties prenantes à la bonne utilisation de l'eau avant, pendant et après la mise en place d'adduction / de sources d'eau potable par l'UNCDF</p>			
<p>R2A4 : Fabrication, distribution et mise en place de dispositifs de lavage de mains de démonstration et aménagement de latrines pour les plus vulnérables</p>			
<p>R2A5 : Appui des postes de stratégie avancée en planification familiale des CDS au sein de la communauté</p>			
<p>Résultat 3 : Les cas de malnutrition sont dépistés et pris en charge convenablement par les communautés et les FOSA</p>			
<p><i>Niveau FOSA :</i></p>			
<p>R3A1 : Formation des prestataires de soins des FOSA dans le dépistage et la prise en charge des cas de malnutrition</p>			
<p>R3A2 : Dotation des FOSA en matériel anthropométrique</p>			
<p>R3A3 : Mise en place d'un mécanisme de contre-référence des enfants malnutris aigus depuis CDS vers les communautés ; suivi et accompagnement des enfants MAS soignées vers les FARN;</p>			
<p>R3A4 : Evaluation des besoins spécifiques des FOSA pour la PEC de la malnutrition aiguë. Cette activité est menée en concertation avec l'UNCDF pour évaluer leurs besoins d'appui en termes d'accès à l'eau, de construction, de réhabilitation et équipement.</p>			
<p><i>Niveau communautaire :</i></p>			
<p>R3A5 : Mise en place d'un processus de formation - recyclage des comités collinaires de Nutrition et de Santé (CCNS) en dépistage, référence et PEC communautaire et formation spécifique des mamans lumières sur les activités FARN conformément au Protocole National</p>			
<p>R3A6 : Appui en matériel (MUAC, balances, boîtes à image) des activités de dépistage hebdomadaire de routine des SPC (Suivi promotionnel de la croissance) réalisées par les CCNS</p>			
<p>R3A7 : Identification et sélection des mamans lumières, mise en œuvre des FARN gérés par les mamans lumières dans le cadre des CCNS, selon les normes établies ; dotation des FARN en matériel ; construction et équipement des FARN avec l'appui du FDL de l'UNCDF ; aménagement des FARN en foyers améliorés avec l'appui de Caritas/Soprad ; promotion des semences améliorées produites avec l'appui de LD/Ucode</p>			
<p>R3A8 : Mise en place d'un mécanisme de référence vers les CDS, appui pour le transfert des MAS vers les FOSA, appui pour l'accès aux mutuelles de santé des enfants MAM et MAS et de leur famille, appui des nouveaux comportements par des visites à domicile, recherche et abandon</p>			
<p>R3A9 : Appui à l'autonomisation des unités collinaires et des comités provinciaux Croix-Rouge par des IGR et l'auto-construction de bureaux communaux afin d'assurer la durabilité des activités de sensibilisation et du fonctionnement des FARN</p>			

Cadre de suivi

Logique d'intervention	Indicateurs	Sources des données	Méthode pour recueillir les données	Fréquence	Responsable de la collecte des données
OG : Améliorer l'accès à l'eau potable et l'utilisation des aliments disponibles et de l'eau potable de manière durable pour les groupes vulnérables	75% des ménages de la zone d'intervention sont capables de préparer une alimentation équilibrée	Enquête CAP (début, mi-parcours et fin du projet) Focus group et enquête annuel Visite à domicile	Une alimentation équilibrée = composée des 4 types d'aliments de base : - Vitamines - Glucides - Protéines - Sels minéraux - Les CCNS et les comités de coordination communaux participent à l'enquête CAP coordonnée par un consultant local (début, mi-parcours et fin du projet). Les CCNS réalisent des visites de suivi à domicile tout au long de l'année. Ils consolident ces données dans leur rapport d'activité. Lors du suivi, les mamans seront rassemblées et il leur sera demandé de dresser un menu classique hebdomadaire, fait avec les aliments locaux. Il faudra que pour chaque jour elle ait proposé les 4 types d'aliments. Si ce n'est pas complet = considéré comme pas capable. Calcul = Nombre de femme ayant proposé les 4 types d'aliments pour chaque jour de la semaine/ nombre de femme ayant participé à l'exercice.	Baseline, mi-parcours et fin de projet et ex-post Le suivi de l'indicateur se fera sur une base annuelle	Le consultant local pour l'enquête CAP Les secrétaires des CCNS
	Le % des enfants de moins de 5 ans souffrant de la malnutrition aigue est réduit de moitié dans la zone d'intervention	Enquête SMART (début, mi-parcours et fin de projet) Statistiques du système d'information sanitaires (SIS) Registres des FOSA et des FARN	Les CCNS et les comités de coordination communaux participent à l'enquête SMART coordonnée par un consultant local (début, mi-parcours et fin de projet). Les titulaires des FOSA compilent le nombre de cas de malnutris aigus PEC dans les FOSA pour leur rapport SIS. Ils transmettent ce rapport aux Comités de coordination communaux. Les CCNS calculent le nombre de cas de malnutris aigus modérés pris en charge par les FARN dans leur rapport d'activité. Ils remettent ces rapports aux comités de coordination communaux.	Baseline, mi-parcours, fin de projet et ex-post Le suivi de l'indicateur se fera sur une base annuelle Le suivi de l'indicateur se fera sur une base annuelle	Le consultant local pour l'enquête SMART Les titulaires des FOSA Les secrétaires des CCNS

Objectif spécifique : Les communautés ont les capacités de faire face durablement à la malnutrition, aux maladies et autres problèmes de santé	50% des ménages de la zone d'intervention sont des ménages modèles qui adoptent les 5 pratiques essentielles : planning familial, allaitement exclusif au sein pendant 6 mois, lavage des mains aux moments critiques, 3 Consultations Pré-Natales (dont une le premier trimestre), utilisation Moustiquaire Imprégnée d'Insecticides	Enquête CAP (début, mi-parcours et fin du projet) Focus group et enquête annuel Visite à domicile	Les CCNS et les comités de coordination communaux participent à l'enquête CAP coordonnée par un consultant local (début, mi-parcours et fin du projet). Les CCNS réalisent des visites de suivi à domicile tout au long de l'année. Ils consolident ces données dans leur rapport d'activité.	Baseline, mi-parcours et fin de projet et ex-post Le suivi de l'indicateur se fera sur une base annuelle	Le consultant local pour l'enquête CAP Les secrétaires des CCNS
R1. Les ménages les plus vulnérables des communautés ciblées ont les capacités de nourrir convenablement leurs familles	80% des mamans pratiquent le taux d'allaitement exclusif entre 0 à 6 mois 75% des mamans sont capables de préparer une alimentation équilibrée à leur enfant à partir de 6 mois en complément de l'allaitement maternel La proportion des ménages les plus vulnérables qui utilisent les aliments à haute valeur nutritive chaque jour a augmenté de 30%	Enquête CAP Focus group et enquête annuel Visite à domicile	Les CCNS et les comités de coordination communaux participent à l'enquête CAP coordonnée par un consultant local (début, mi-parcours et fin du projet). Les CCNS réalisent des visites de suivi à domicile tout au long de l'année. Ils consolident les données portant sur ces indicateurs dans leur rapport d'activité.	Baseline + annuelle	Le consultant local pour l'enquête CAP ; Les secrétaires des CCNS pour la mise à jour annuelle des données
R2. Les ménages des communautés ciblées développent des comportements et habitudes démontrées efficaces dans la lutte contre les maladies et autres problèmes de santé	Augmentation de 30% du taux d'utilisation des moustiquaires parmi les ménages qui ont des moustiquaires Augmentation de 30% du nombre de ménages qui pratiquent le lavage des mains aux moments critiques	Enquête CAP Focus group et enquête annuel Visite à domicile	Pour l'utilisation des moustiquaires, il sera vérifié par observation dans le ménage si elle est correctement utilisée (bien accrochée, nombre de personnes qui dorment dessous, etc). 4 moments sont considérés comme critiques pour le lavage des mains : - Après avoir été à la toilette - Après avoir changé/langé les enfants	Baseline + annuelle	Le consultant local pour l'enquête CAP ; Les secrétaires des CCNS pour la mise à jour annuelle des données

	Augmentation de 20% du taux d'utilisation des méthodes contraceptives		<ul style="list-style-type: none"> - Avant de manger - Avant l'allaitement <p>Les CCNS réalisent des visites de suivi à domicile tout au long de l'année. Ils consolident les données portant sur ces indicateurs dans leur rapport d'activité.</p>		
	Augmentation de 20% du taux de femmes enceintes qui effectuent 3 CPN par grossesse, dont une au premier trimestre	Statistiques du système d'information sanitaires Données des FOSA	<p>Les titulaires des FOSA consolident ces données sanitaires (3 CPN et taux d'utilisation des méthodes contraceptives) pour leur rapport SIS.</p> <p>Ils transmettent ce rapport aux Comités de coordination communaux.</p>	Baseline + annuelle	les titulaires des FOSA
R3. Les cas de malnutrition sont dépistés et pris en charge convenablement par les communautés et les FOSA	80% des enfants de 0 à 5 ans sont dépistés de la malnutrition deux fois par an	Registre de dépistage des cas de malnutrition Registre d'admission des FARN et les FOSA	Les titulaires des FOSA compilent ces données (taux de MA dépistés) pour leur rapport SIS. Ils remettent ces rapports aux Comités de coordination communaux.	Baseline + annuelle	les titulaires des FOSA
	90% des FARN ont un taux de guérison des enfants de moins de 5 ans malnutris aigus modérés pris en charge dans les FARN > 85%	Registre de sortie des FARN Fiches de suivi des bénéficiaires des FARN (visite à domicile)	Les mamans lumières complètent leurs registres. Les CCNS consolident ces données sanitaires (taux de guérison des MAM PEC par les FARN) tout au long de l'année dans leur rapport d'activité. Ils remettent ces rapports aux Comités de coordination communaux.	Baseline + annuelle	les secrétaires du CCNS
	90% des FARN ont un taux d'abandon < 10%				
	Taux de guérison des enfants de moins de 5 ans malnutris aigus pris en charge dans les FOSA > 75 %	Registre d'admission et de sortie des FOSA	Les titulaires des FOSA consolident ces données pour leur rapport SIS. Ils remettent ces rapports aux Comités de coordination communaux.	Baseline + annuelle	les titulaires des FOSA
	Le taux de décès des enfants de moins de 5 ans malnutris aigus pris en charge dans les FOSA < 5%				

Résumé des sources :

Au niveau communautaire : à côté de l'enquête SMART et CAP, le secrétaire du CCNS est le responsable de la collecte des sources de vérification au niveau de la colline. Il compile les données mensuellement dans un rapport d'activité et transmet à l'encadreur communal Croix-Rouge pour consolidation par commune.

Les secrétaires des CCNS tiennent les documents suivants :

- Registre de dépistage des cas de malnutrition
- Fiche de référence / contre-référence des enfants malnutris vers les FARN et les CDS
- Fiche de suivi des bénéficiaires des FARN une fois rentrés dans la communauté
- Registre de suivi général des ménages dans le cadre de la mise à jour annuelle des données de l'enquête CAP
- Rapport d'activité mensuel du CCNS

Les mamans lumières font parties des CCNS. Elles sont responsables de la gestion des FARN et dans ce cadre, tiennent le registre suivant :

- Registre d'admission et sortie des FARN

Au niveau des FOSA : les sources sont déjà disponibles sans le projet car le titulaire des FOSA compile des données mensuellement pour les statistiques du Système d'Information Sanitaire (SIS) de son CDS. Dans le cadre de ce projet, il sera demandé au titulaire du FOSA de transmettre ces statistiques du SIS à l'encadreur communal Croix-Rouge pour consolidation par commune.

Le données du SIS Sont notamment produites à partir du registre d'admission et de sortie des FOSA.

Tableau de suivi

Le tableau de suivi sera complété en fin d'année 1 après constitution de la baseline.

1.2.5 Budget général

I. BUDGET CO	An 1	An 2	An 3	An 4	An 5	TOTAL	R1	R2	R3	Transversal	
INVESTISSEMENTS	95.088,89	22.144,44	11.755,56	11.755,56	11.755,56	152.500	39.361,11	71.472,22	41.666,67	0,00	11%
PROGRAMME SOCIAL	182.860,09	182.546,39	184.103,61	137.182,31	148.723,98	835.416	336.364,31	123.454,86	345.772,22	29.825,00	58%
RESSOURCES HUMAINES	47.343,04	47.343,04	47.343,04	47.343,04	47.343,04	236.715	0,00	0,00	0,00	236.715,22	16%
FONCTIONNEMENT	57.173,62	40.173,62	40.173,62	40.173,62	40.173,62	217.868	31.450,00	32.700,00	25.700,00	128.018,08	15%
TOTAL budget CO	382.465,64	292.207,49	283.375,83	236.454,53	247.996,20	1.442.500	407.175,42	227.627,08	413.138,89	394.558,30	87,9%
%	27%	20%	20%	16%	17%		28%	16%	29%	27%	

Voir détail budget en annexe.

1.2.6 Budget des coûts de gestion

Les coûts de gestion correspondent à 6.4% du budget total de l'action

II. BUDGET CG		An1	An2	An3	An4	An5	Total
H390	RH- Croix-Rouge de Belgique -siège	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	60.000
E820	Mission de monitoring RP CRB-CF	970,00	970,00	970,00	970,00	970,00	4.850
I210	Fonctionnement représentation CRB-CF	2.500,00	2.500,00	2.500,00	2.500,00	2.500,00	12.500
J200	Appui technique siège CRB-CF (missions)	2.000,00		2.000,00		2.000,00	6.000
J300	Frais d'évaluation de base et à mi-parcours	8.000,00		10.000,00			18.000
I700	Frais bancaires et postaux Croix-rouge de Belgique -siège	800,00	800,00	800,00	800,00	800,00	4.000
TOTAL budget CG		26.270,00	16.270,00	28.270,00	16.270,00	18.270,00	105.350

1.2.7 Données pour le calcul des frais de structure de l'ONG

Coûts de structure appliqués : **93 000 €** soit 5.7% du coût total de l'action.

Chiffre d'affaires* total de l'ONG pour l'année 2011	Montant :	€ 6.684.961,36
Explication :		
Subside public autre que SPF Affaires étrangères		€ 1.616.004,58
Subside du SPF Affaires étrangères - Programme AR 2006		€ 1.995.234,36
Subside du SPF Affaires étrangères - hors programme AR 2006		€ 1.170.449,13
Ressources privées - dons et cotisations		€ 1.042.953,69
Ressources privées - produits financiers		€ 42.003,54
Ressources privées - revenus des activités		€ 35.443,39
Ressources privées - autres		€ 782.872,67

Autres fonds publics de l'ONG

Sources de financement:		
- EuropeAid		
- ECHO		
- SPF Affaires étrangères : lignes aide d'urgence, transition, consolidation de la paix		
- Ministère des affaires étrangères Luxembourg : ligne aide d'urgence		
- UNICEF		
- FAO		
- Wallonie Bruxelles International		

1.2.8 **Aperçu des coopérants**

Pas de coopérant imputé sur ce programme.

1.2.9 **Calendrier des réalisations**

Les communautés ont les capacités de faire face durablement à la malnutrition, aux maladies et autres problèmes de santé													
Activité	Année 1				AN 2		AN 3		AN 4		AN 5		
	T1	T2	T3	T4	S1	S2	S1	S2	S1	S2	S1	S2	
R1 Les ménages les plus vulnérables des communautés ciblées ont les capacités de nourrir convenablement leurs familles													
1.1	Etude de base / enquête CAP et SMART en début, mi-parcours et fin de projet												
1.2	Mise en place d'un processus de formation - recyclage des sections jeunesse CR et des comités collinaires de Nutrition et de Santé (CCNS) en techniques de communication et d'animation, et des CCNS en promotion des bonnes pratiques de nutrition, avec un accent particulier sur les Actions Essentielles en Nutrition (AEN)												
1.3	Dotation des CCNS et des sections jeunesse CR en matériel didactique et de visibilité (boîtes image, T-shirts, dépliants, panneaux, etc.)												
1.4	Elaboration et mise en œuvre d'un plan de communication intégré : réalisation des séances IEC/CCC et d'activités de promotion au niveau communautaire.												
1.5	Appui des plus vulnérables afin d'améliorer leur accessibilité à des aliments à haute valeur nutritive												
1.6	Aménagement de jardins de cuisine de démonstration au niveau des FARN												
R2 : Les ménages des communautés ciblées développent des comportements et habitudes démontrées efficaces dans la lutte contre les maladies et autres problèmes de santé													
2.1	Mise en place d'un processus de formation - recyclage des sections jeunesse CR et des comités collinaires de Nutrition et de Santé (CCNS) en prévention des maladies, promotion de la santé et en hygiène et assainissement, avec un accent particulier sur les Pratiques Familiales Essentielles (PFE) suivantes : Planning Familial, lavage des mains aux moments critiques, 3 Consultations Pré-Natales, utilisation de Moustiquaire Imprégnée d'Insecticides												
2.2	Dotation des CCNS et des sections jeunesse CR en matériel didactique et de visibilité (boîtes image, T-shirts, dépliants, panneaux, etc.)												
2.3	Elaboration et mise en œuvre d'un plan de communication intégré. Réalisation de séances IEC/CCC et d'activités de promotion au niveau communautaire : sensibilisation à l'hygiène et assainissement selon la méthode ATPC et sensibilisation en prévention des maladies et promotion de santé selon la méthode PSSBC												

2. 4	Fabrication, distribution et mise en place de dispositifs de lavage de mains de démonstration																		
2. 5	Appui des postes de stratégie avancée en planification familiale des CDS au sein de la communauté																		
R3 : Les cas de malnutrition sont dépistés et pris en charge convenablement par les communautés et les FOSA																			
3. 1	Formation des prestataires de soins des FOSA dans le dépistage et la prise en charge des cas de malnutrition																		
3. 2	Dotation des FOSA en matériel anthropométrique																		
3. 3	Mise en place d'un mécanisme de contre-référence des enfants malnutris aigus depuis CDS vers les communautés ; suivi et accompagnement des enfants MAS soignées vers les FARN																		
3. 4	Evaluation des besoins spécifiques des FOSA pour la PEC de la malnutrition aigue																		
3. 5	Mise en place d'un processus de formation - recyclage des comités collinaires de Nutrition et de Santé (CCNS) en dépistage, référence et PEC communautaire et formation spécifique des mamans lumières sur les activités FARN conformément au Protocole National																		
3. 6	Appui en matériel (MUAC, balances, boîtes à image) des activités de dépistage hebdomadaire de routine des SPC (Suivi promotionnel de la croissance) réalisées par les CCNS																		
3. 7	Identification et sélection des mamans lumières, mise en œuvre des FARN gérés par les mamans lumières dans le cadre des CCNS, selon les normes établies ; dotation des FARN en matériel ; construction et équipement des FARN avec l'appui du FDL de l'UNCDF																		
3. 8	Mise en place d'un mécanisme de référence vers les CDS, appui pour le transfert des MAS vers les FOSA, appui pour l'accès aux mutuelles de santé des enfants MAM et MAS et de leur famille, appui des nouveaux comportements par des visites à domicile, recherche et abandon																		
3. 9	Appui à l'autonomisation des unités collinaires et des comités provinciaux Croix-Rouge par des IGR et l'auto-construction de bureaux communaux afin d'assurer la durabilité des activités de sensibilisation et du fonctionnement des FARN																		

PARTIE 2: DOSSIER TECHNIQUE ET FINANCIER**2.1 RÉSUMÉ**

La malnutrition chronique touche 58% des enfants de 0 à 5 ans au Burundi, dépassant le seuil critique d'urgence défini par l'OMS (40%)². Le Burundi a la prévalence de la malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5 ans qui est la plus élevée en Afrique³. Par contre, le taux de la malnutrition aiguë est passé de 8,5% (1994) à 6%⁴ (2010), en-dessous du seuil d'alerte défini par l'OMS (MAG >10%), dont 1% de MAS.

Afin de lutter prioritairement contre la malnutrition chronique, la Croix-Rouge vise à améliorer durablement l'utilisation des aliments disponibles et de l'eau potable par les groupes vulnérables à travers leur renforcement de capacité à nourrir convenablement leurs familles et à prévenir les maladies et autres problèmes de santé. Cette approche est complétée par le renforcement du dépistage et de la prise en charge de la malnutrition aiguë au niveau des communautés à travers les FARN et les FOSA.

La Croix-Rouge du Burundi développe principalement une approche communautaire préventive et curative, en complément à l'administration de la Santé, se basant sur la force de son réseau de volontaires très présent sur la zone d'intervention.

Cette approche repose sur le Programme Nutritionnel à Assise Communautaire (PNAC) introduit en 2003 par le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida (MSPLS), et vise, à travers les synergies avec les autres partenaires du FBSA, à apporter une réponse globale aux problèmes de sécurité alimentaire des ménages les plus vulnérables de la zone d'intervention.

2.2 HISTORIQUE

Ce programme ne fait pas suite à un autre programme du FBS.

La formulation s'est déroulée en 4 étapes :

1. Phase d'enquête de 10 jours par des entretiens semi-structurés, des focus groupe et la saisie observatoire. Les autorités sanitaires (BPS et BDS), sociales (CDF) et Croix-Rouge des 2 provinces et des 3 communes d'intervention ont été rencontrées. L'équipe d'enquête a travaillé par échantillonnage pour les entretiens avec les acteurs de santé au niveau communal et collinaire (CDS, TPS et ASC), les membres du clergé, les volontaires CR, les hommes, femmes et jeunes de la communauté. Des focus groupe ont été organisés séparément entre hommes, femmes et jeunes composés chacun de plus de 25 personnes⁵. Des saisies observatoires ont été réalisées dans des ménages lors de la confection des repas et dans les CDS.
2. Revue documentaire et rencontre des parties prenantes à Bujumbura. Les personnes suivantes ont été rencontrées : les chargés de projet PROPA-O et PRO-SANUT à la délégation de l'Union Européenne, le responsable de la formulation du FIDA coordinateur du projet PROPA-O, le directeur et le directeur-adjoint du PRONIANUT, le responsable nutrition de l'UNICEF, des contacts ont eu lieu avec la FAO, le PAM, WORLDVISION et IMC : acteurs dans le champ de la malnutrition au Burundi.
3. Organisation d'un atelier « arbre à problèmes et arbre à objectifs » à Ruyigi. Cet atelier a réuni 42 personnes représentant les différentes parties prenantes du projet, parmi eux figurent les autorités locales, sanitaires, les titulaires et les techniciens de la promotion de la santé ainsi que les agents de santé communautaire et les volontaires Croix-Rouge. A la fin de l'atelier, les participants ont pu émettre des recommandations pour la suite de la formulation et la mise en œuvre du projet.
4. Présentation et échange sur notre logique d'intervention avec les médecins de district sanitaires des 3 communes d'intervention et le directeur du PRONIANUT

Ce travail a été réalisé en collaboration avec un consultant interne de la CR du Burundi, médecin spécialisé en nutrition, la cellule PMER (planning, monitoring, évaluation et reporting) et le département santé communautaire de la CR du Burundi, avec l'appui du Représentant Pays de la CR de Belgique et sous la supervision de la cheffe des programmes de la CR du Burundi.

² EDS, 2010

³ The State of the World's Children, UNICEF 2011

⁴ Résultats préliminaires EDS 2010

⁵ Voir le calendrier de la formulation (en annexe)

2.3 ANALYSE DES PROBLÈMES

Prévalence de la malnutrition dans les 3 communes

Selon l'enquête Démographie et Santé (EDS 2009), le taux de malnutrition chronique est préoccupant dans les 3 communes ciblées, avec des taux largement supérieurs à la moyenne nationale (58%), atteignant des seuils critique d'urgence selon les normes OMS (>40%). Le taux de malnutrition aiguë est moins alarmant, considéré comme contrôlé avec un seuil < 5%.

	Cendajuru	Gisuru	Kinyinya
Taux de malnutrition chronique local	63,6%	68,5%	68,5%
Taux de malnutrition aiguë globale local	4,2%	4,7%	4,7%

Avant toute chose, il convient de distinguer la malnutrition dite chronique de celle dite aiguë.

1. La malnutrition chronique

- La malnutrition chronique se développe lentement, en lien avec 'une situation de pauvreté structurelle', notamment quand l'alimentation n'est pas équilibrée et essentiellement basée sur des céréales.
- La malnutrition chronique est caractérisée par 'un retard de croissance', qui s'accompagne de différentes carences en micronutriments (iode, vitamine A, Fe,...) qui auront des répercussions sur la croissance et le système immunitaire de l'enfant (affaiblissement de l'immunité) ainsi que sur son développement cérébral et psycho-moteur. La conséquence finale en est une atteinte sur les capacités physiques et intellectuelles de l'enfant, de l'adulte en devenir, entravant sur le long terme le développement national d'un pays.
- Le dépistage est réalisé par un rapport âge/ taille ; « Il est trop petit pour son âge ».
- La prévalence la plus importante de la malnutrition chronique chez l'enfant se situe entre l'âge de 24 et 36 mois. Il n'y a pas de prise en charge spécifique pour la malnutrition chronique. Mais les stratégies d'actions visent à lutter contre les déterminants de la malnutrition chronique, ainsi que le renforcement de la supplémentation en micronutriments pour éviter les carences. Ces actions doivent être menées de façon préventives et avant que l'enfant atteigne les 1000 jours (soit environ 3 ans). Au-delà, les séquelles physiques et mentales de la malnutrition s'installent de façon définitive.

Le tableau ci-dessus nous montre des taux très élevés dans les communes ciblées et justifie l'importance dès lors de prioriser la lutte contre la malnutrition chronique dans les communes ciblées dans le cadre de ce projet. La synergie des actions menées par les différents partenaires dans le cadre de ce programme FBSA, permettra de menées des actions ciblées s'attaquant à ces différents déterminants.

2. La malnutrition aiguë

- La malnutrition aiguë se développe rapidement en lien avec une 'situation ponctuelle de manque' (épidémie sévère, conflit, changement soudain de régime alimentaire) ou 'une situation de manques répétés' (période de soudure, changement répété dans l'alimentation).
- Elle représente le moment où le corps commence à consommer ses propres tissus pour y trouver de l'énergie et des composants nutritionnels nécessaires à sa survie, faisant alors fondre les muscles et les réserves de gras.
- Elle se dépiste par un rapport poids/taille : « il est trop maigre ».
- La prévalence la plus importante se situe entre l'âge de 0-24mois. La malnutrition aiguë peut être modérée (MAM) ou sévère (MAS). Elle constitue une urgence médicale et nécessite une prise en charge rapide à la fois médicale et nutritionnelle. La malnutrition aiguë modérée peut être prise en charge et suivie au niveau communautaire grâce à une ration alimentaire enrichie. La malnutrition aiguë sévère doit être prise en charge dans un service spécialisé d'une FOSA.

On observe dans le tableau ci-dessus que les taux de malnutrition aiguë dans les communes cibles restent à des taux dit 'maîtrisés' (<5%)⁶. Cependant il est important de garder les efforts sur la prise en charge de la

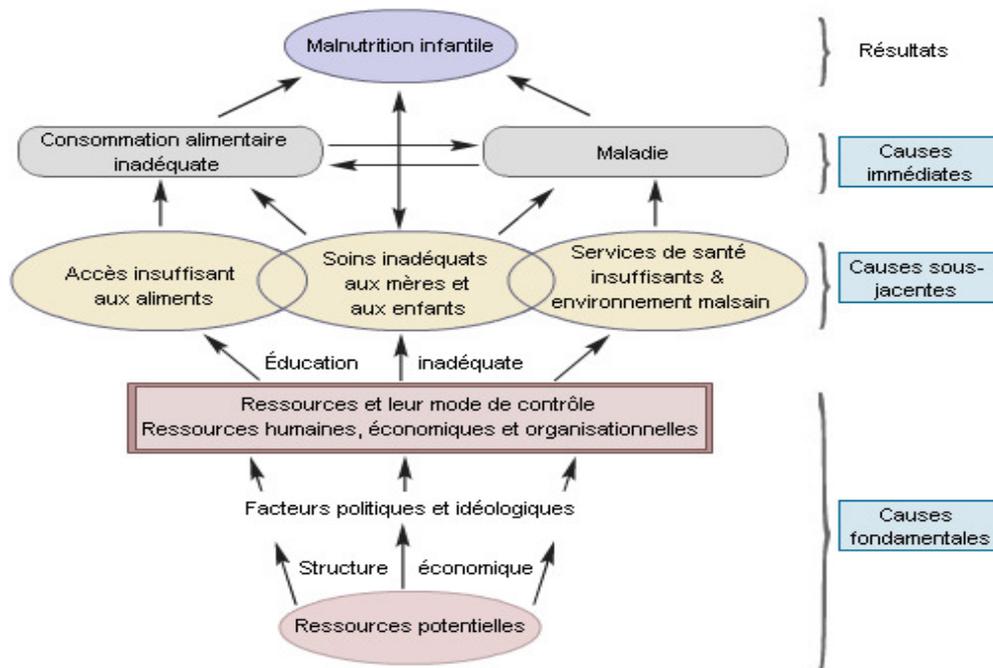
⁶ Indicateurs OMS

malnutrition aiguë pour que ces taux de prévalence restent 'maîtrisés' et même diminuent. Dans le cas du présent projet, une attention sera apportée au dépistage et à la prise en charge des malnutris aiguës.

Description des déterminants de la malnutrition

Selon le modèle causal de la malnutrition (UNICEF, 2000), les causes de la malnutrition aiguë et chronique sont diverses et concernent les différents secteurs, pas seulement la santé mais aussi l'éducation, l'agriculture, la protection sociale.

Le modèle causal de la malnutrition :



Source : Unicef 2000

Selon la politique nationale de Nutrition au Burundi (MSPLS, mars 2012) :

- Au Burundi, **les causes immédiates** de la malnutrition sont dominées par la sous-alimentation et par les maladies infectieuses et parasitaires : le paludisme, les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires aiguës et le VIH/SIDA. D'autres pathologies ont aussi un impact nutritionnel, comme la tuberculose qui est la cinquième cause de morbidité après la malnutrition.
- **Les causes sous-jacentes** sont citées par l'enquête de base en vue de la mise en place du système de surveillance nutritionnelle (LMTC, août 2007) : l'insécurité alimentaire, les pratiques inadéquates d'ANJE, le faible accès aux services sociaux de base, et les pratiques d'hygiène inappropriées.
- **Les causes structurelles (ou fondamentales)** : La forte dépendance à l'agriculture, la forte démographie et par conséquent le faible accès à la terre exercent une pression sur les ressources et les services sociaux de base. Les aléas climatiques contribuent au cycle de l'insécurité alimentaire et de vulnérabilité chronique. Les changements climatiques (sécheresse, inondations ou autres catastrophes naturelles) ont des conséquences multiples sur le secteur agricole. La pauvreté, les inégalités sociales ou encore le faible pouvoir des femmes dans la prise de décision quant à l'utilisation des ressources au niveau des ménages et leur bas niveau de scolarisation sont également des causes structurelles de la malnutrition au Burundi.

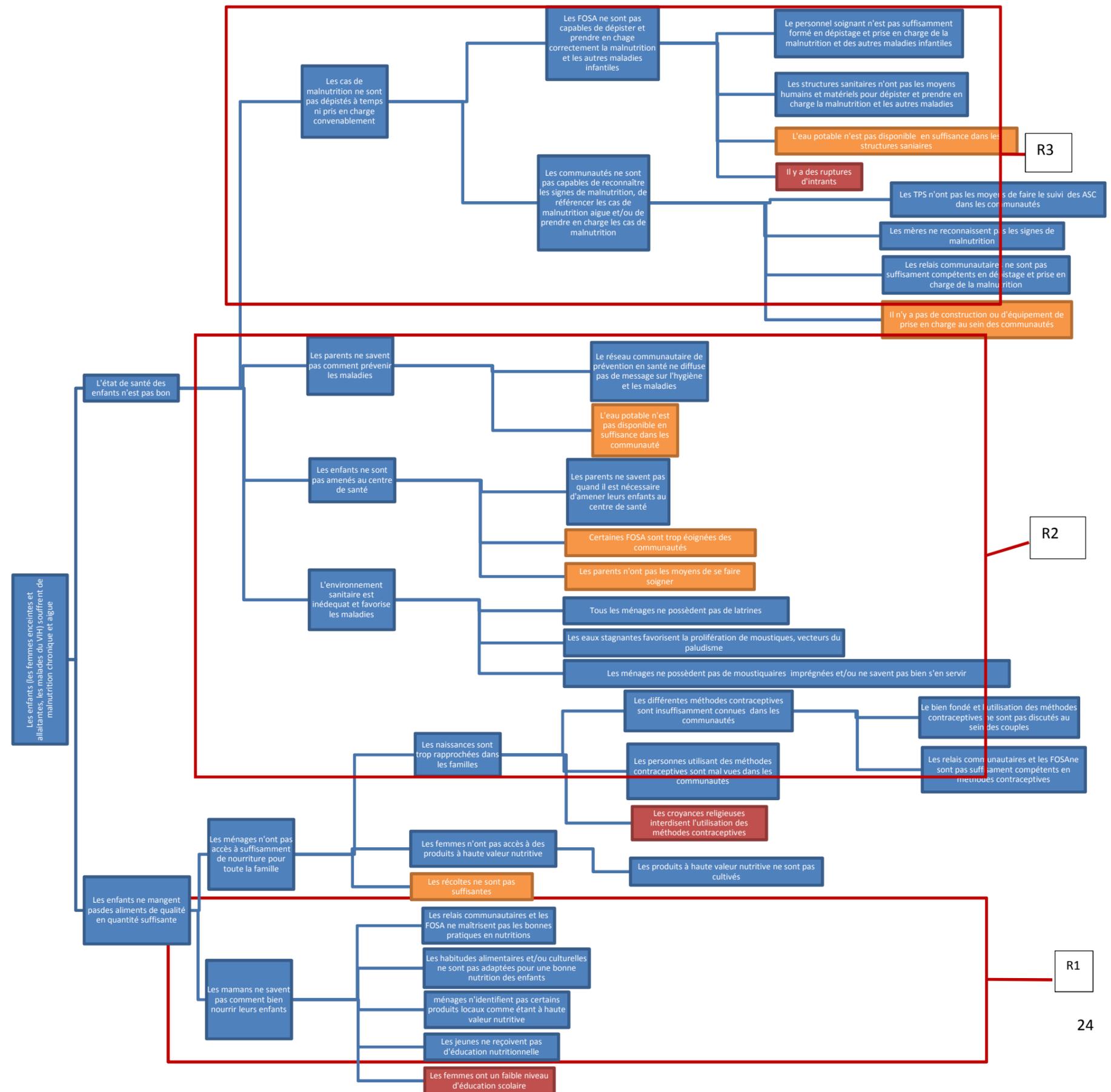
Analyse des déterminants de la malnutrition aiguë et chronique au Burundi et dans les 3 communes :

Lors de l'atelier « arbre à problème » réalisé au niveau de la zone d'intervention, nous avons identifié avec les parties prenantes les causes de la malnutrition aiguë et chronique dans ces 3 communes (Voir arbre à problèmes ci-dessous). Certains éléments ont été relevés mais n'ont pas été développés dans plus de détails dans la mesure où ce sont d'autres partenaires du programme qui interviendront sur ce domaine. On pense aux aspects

production et revenus, ainsi qu'aux infrastructures. La CRB s'est assurée de la prise en compte de ces aspects dans les actions des autres partenaires FBSA (voir partie synergie).

Les différentes couleurs font référence à notre degré d'implication sur le problème relevé, tel que décrit plus en détails dans la logique d'intervention (point 2.5). Nous avons indiqué en bleu, les problèmes qui relèvent exclusivement de notre intervention. En jaune, les problèmes qui nécessitent une action concertée entre les partenaires, chacun contribuant selon ses spécificités ou palliant à un gap de réponses identifié à ce niveau. Certains éléments par contre, ne seront pris en compte ni par les partenaires FBSA, ni par la CRB car ils relèvent de la responsabilité d'autres acteurs ou ne sont pas dans notre zone d'influence. Ils sont en rouge sur le schéma. Les mesures pour pallier à ce gap (principalement du plaidoyer auprès des responsables) seront expliquées brièvement dans l'analyse des problèmes ci-dessous et plus en détails dans la logique d'intervention choisie. De la même façon, les réponses apportées par notre intervention ou celle concertée des partenaires pour répondre aux problèmes identifiés sont développées dans la logique d'intervention.

Les constats de l'arbre à problème concordent avec le modèle causal de la malnutrition de l'UNICEF pour le Burundi. Ils renvoient aussi au cadre conceptuel de la sécurité alimentaire et nutritionnelle du PAM qui définit l'accès des ménages à l'alimentation, mais aussi les pratiques de soins, les soins de santé et les conditions de santé et d'hygiène comme les déterminants de la sécurité nutritionnelle.



- Les enfants ne mangent pas des aliments de qualité en quantité suffisante :

La malnutrition dans la zone d'intervention est largement due à une **consommation alimentaire inadéquate**. L'alimentation d'un ménage burundais est très peu variée. La ration journalière « type » d'un burundais est en effet dominé à plus de 90% par des apports volumineux pauvres en éléments essentiels (tubercules, racines, bananes) contre très peu ou pas de sources en protéines, en lipides et en oligo-éléments (MINAGRIE, Programme National de Sécurité Alimentaire 2008). Ceci se répercute sur l'alimentation des enfants. La proportion d'enfants de moins de deux ans recevant trois repas par jour est seulement de 32,9%. En plus du manque de quantité, la qualité et la diversification des repas donnés aux jeunes enfants sont aussi faibles, avec seulement 27,8% des enfants de 6-11 mois du milieu rural qui ont eu un repas comprenant trois groupes d'aliments par jour, en comparaison avec les enfants des milieux urbains (72,2%)⁷. Lors des entretiens et de la saisie observatoire de quelques ménages des communes ciblées, il a été constaté que l'alimentation donnée aux enfants est la même que celle des adultes, elle ne tient donc pas compte des besoins nutritionnels spécifiques des enfants.

Cette alimentation inadéquate est causée par plusieurs facteurs : tout d'abord un **manque de connaissance** des mamans **sur les bonnes pratiques de nutrition** pour les nourrissons et jeunes enfants. L'alimentation accuse de très faibles apports en protéines. Les aliments donnés aux enfants se regroupent principalement dans les graines, racines et tubercules (45,5%), fruits et légumes (37,7%), aliments cuits dans l'huile/matière grasse (27,9%) et légumineuses (22,9%). Les enfants ayant reçu la viande, le lait et les produits laitiers ou les œufs représentent de très faibles proportions (7% pour la viande, 4,8% pour les œufs et 6% pour les produits laitiers). Des projets pilotes d'approche communautaire pour promouvoir les bonnes pratiques de soins et de santé (dont la nutrition doit faire partie) ont été promus depuis 2000 au Burundi, mais ceux-ci sont malheureusement encore insuffisamment intégrés au système de santé et ne bénéficient pas toujours de réels moyens (techniques, économique, voire motivation) pour assumer leur tâche de sensibilisation, prévention et promotion de la santé. Les relais communautaires manquent notamment de connaissances et de moyens pour faire la promotion des activités et bonnes pratiques nutritionnelles.

Il y a ensuite un **manque d'accès aux aliments** en quantité suffisante, qui s'aggrave en période de soudure. La production locale ne couvre plus les besoins alimentaires de la population du fait de la diminution considérable de la productivité agro- pastorale, phénomène dû à plusieurs facteurs dont les aléas climatiques (réduction des précipitations), la réduction des terres irriguées (marais), la sécheresse saisonnière et la baisse de la fertilité des sols. Cette insuffisance est aggravée par la difficulté d'**accès économique** et géographique. Comme relevé dans l'EDS 2010, des variations importantes de la malnutrition chronique s'observent en fonction du niveau socio-économique du ménage dans lequel vit l'enfant. La population de la zone est particulièrement pauvre et les villages sont enclavés, les routes étant constituées de pistes rurales souvent impraticables dans certaines périodes de l'année. Pour ces aspects, les autres partenaires du FBSA agiront en complémentarité de nos actions pour améliorer la quantité et la qualité disponible des aliments ainsi que pour augmenter les moyens économique des ménages à se les procurer.

Ce problème est encore renforcé par la forte pression démographique. En effet la forte dépendance à l'agriculture, la **forte démographie** et par conséquent le faible accès à la terre exercent une pression sur les ressources et les services sociaux de base. Au niveau de la planification familiale, les populations des 3 communes ont des taux faibles d'utilisation de méthodes contraceptives. Ils sont tous en dessous du taux d'utilisation national (18,6%)

Données quantitatives	Cendajuru	Gisuru	Kinyinya
Taux d'utilisation des méthodes contraceptives local	16%	13%	12%

Lors des entretiens avec les différents groupes cibles il a été constaté un faible taux de connaissance et d'adhésion aux méthodes contraceptives, notamment au niveau des hommes. Même si des méthodes contraceptives existent, les maris refusent parfois que les femmes les utilisent. L'influence des croyances religieuses à ce niveau est importante, mais la CR n'estime pas de son mandat et dans sa capacité d'agir à ce niveau directement. Par contre, les représentants locaux des autorités religieuses seront associés aux sensibilisations afin de ne pas les exclure de la dynamique.

On constate que les naissances dans les familles sont trop rapprochées pour pouvoir offrir aux enfants une alimentation adéquate. D'une part cela implique souvent un sevrage précoce et une diversification alimentaire trop rapide (normalement l'allaitement est exclusif jusqu'à 6 mois et puis on introduit progressivement d'autres aliments tout en poursuivant l'allaitement). D'autre part cela accentue la pression sur les ressources économiques du ménage qui peut mener à des situations où il n'y a pas suffisamment à manger pour tout le monde. Le lien entre la malnutrition et le nombre élevé des naissances commencent à percer au sein des communautés mais un grand travail de sensibilisation reste à faire, notamment au niveau des couches les plus vulnérables de la population.

⁷ Source : EDS 2010.

- L'état de santé des enfants n'est pas bon :

Plusieurs facteurs peuvent expliquer la haute prévalence de maladies au sein des communautés.

Tout d'abord, il y a un problème d'**accès aux centres de santé** et aux hôpitaux qui fait que les enfants ne sont pas amenés au CDS: La majorité des ménages burundais a recours au paiement direct pour financer leurs dépenses de santé. Avec le faible pouvoir d'achat, ce mode de paiement limite l'accès des populations aux soins surtout pour le plus pauvres. Les populations les plus vulnérables n'ont généralement pas les moyens non plus d'arriver jusqu'aux CDS, d'autant plus que ceux-ci sont très éloignés de certaines zones et que beaucoup de routes deviennent impraticables durant certaines périodes de l'année. Comme expliqué dans l'étude SHER, les communes de Gisuru et Kinyinya sont peu dotées en centres de santé, elles sont bien en dessous des normes du Ministère de la Santé (MSPLS) (ratio 1CDS/11 000 habitants). L'amélioration de l'accès géographique aux structures de santé sera adressée par l'UNCDF. Concernant l'accès économique, les actions entreprises par les autres partenaires FBSA permettront d'augmenter les moyens financiers des ménages. Cependant, en attendant que les activités soient mises en place avec les autres partenaires et dégagent des ressources supplémentaires, la CRB prendra en charge la mutuelle des familles les plus vulnérables. Par ailleurs, les parents ne savent pas toujours quand il est nécessaire d'amener leur enfant au centre de santé, ce qui limite également le recours à ces services.

Données quantitatives	Cendajuru	Gisuru	Kinyinya
Ratio CDS / habitants local	1 / 7 507	1 / 23 271	1 / 20 603

Outre le fait que les enfants ne sont pas amenés au centre de santé, l'identification met aussi en avant l'insuffisance de connaissance par les mamans des bonnes pratiques en matière **de prévention des maladies et conduite à tenir en cas de problèmes de santé** chez leurs enfants avec comme conséquence que les femmes et les enfants souffrent de maladies infectieuses et parasitaires comme le paludisme, les maladies diarrhéiques ou les infections respiratoires aiguës. L'état infectieux qui affaiblit l'organisme diminue l'appétit de la personne qui ne se nourrit pas correctement et tombe dans la malnutrition, entraînant la gravité, voire la létalité de la maladie. Inversement, une personne malnutrie voit son système immunitaire diminuer et offre un terrain favorable au développement des infections (83% des cas de mortalité infantile due à la malnutrition proviennent de complications de cas bénins).

Les CDS ont un rôle primordial à jouer dans la prévention des maladies et de la malnutrition auprès des communautés. En effet, en tant que 1^{ère} structure de santé en contact avec les communautés ils ont non seulement le devoir de prodiguer des soins mais aussi d'informer sur les pratiques préventives. Or les CDS disposent de peu de moyens et la priorité est donnée aux soins (curatifs, plutôt que préventifs). La politique de santé à base communautaire au Burundi (2012) est née de ce constat et le développement d'un réseau communautaire de prévention santé, en appui aux CDS, est promu par le MSPLS. Ces réseaux ne sont cependant pas toujours en mesure d'assurer l'ampleur de cette tâche avec les peu de moyens dont ils disposent (voir également point suivant).

Les pratiques en matière d'hygiène influencent également l'état de santé des enfants et des communautés. Lors de l'identification, il a été noté par exemple que toutes les mamans ne pratiquent pas le lavage des mains avant de manger et ne conservent pas les aliments de manière hygiénique. Ceci augmente le risque de transmettre des maladies aux membres du ménage. Le fait que peu de ménages disposent de latrines et que **l'accès à l'eau potable** soit un réel problème dans la zone ne fait qu'accroître la difficulté pour les parents de maintenir un environnement sain pour leur ménage. Aujourd'hui, seulement 55% de la population burundaise a accès à l'eau potable et 35% à un assainissement de base adéquat en milieu rural (EGMS 2010). Les réseaux des régions de Bugesera, du Moso et de l'Imbo (moins arrosées) sont particulièrement déficients. Ceci peut impacter l'hygiène de la préparation des repas. La CR n'agira à ce niveau que pour les sensibilisations à la bonne utilisation et aux bonnes pratiques en matière d'hygiène et d'assainissement, l'UNCDF ayant dans sa responsabilité la mise en place d'un meilleur accès à l'eau dans la zone.

Les éléments cités ci-dessus sont autant de d'actions qui devraient être menées en termes de prévention et promotion de la santé. Mais il y a également des faiblesses au niveau de la prise en charge des problèmes de santé et en particulier de ceux qui nous occupent ici : les enfants malnutris.

Il a été relevé que **les cas de malnutrition ne sont pas dépistés à temps et pris en charge convenablement.** Ceci est dû à la combinaison de 2 facteurs : la faiblesse du mécanisme de dépistage et de prévention au niveau communautaire et l'incapacité des CDS et des hôpitaux à prendre correctement en charge les cas qui leur arrivent.

Niveau communautaire : L'identification a montré que les mamans ne connaissent pas les signes de la malnutrition ni les façons de prévenir la malnutrition ou les maladies (qui font le lit de la malnutrition). Le rôle que les CDS et le réseau communautaire doivent jouer à ce niveau a été expliqué ci-dessus. Or, actuellement, les

activités de dépistage (SPC), qui permettent de détecter la malnutrition de type tant chronique qu'aigüe, ne parviennent pas à couvrir tous les enfants. Les ASC sont trop peu nombreux pour les réaliser (2 par colline) et sont peu motivés vu leur manque de moyen et la faiblesse de l'encadrement fourni par les TPS. Il faut rappeler que la santé communautaire est une nouvelle approche de promotion de la santé dans le secteur de la santé du Burundi. La DPSHA et les TPS n'ont été mis en place dans le but de coordonner et d'harmoniser les pratiques communautaires que récemment, ce qui ne permet pas leur fonctionnement optimal. Une approche de prévention et de prise en charge communautaire de la malnutrition aigüe modérée est déjà en place (approche NAC⁸) mais elle est aussi très récente : sur les trois communes d'intervention, aucune prise en charge communautaire des cas de malnutrition aigüe modérée n'existe. Des initiatives en vue de renforcer les capacités de prévention de la malnutrition au sein des communautés sont appuyées par d'autres partenaires⁹ mais elles sont limitées par rapport à l'ampleur des besoins. Bien que les médecins de district sanitaires rédigent un plan stratégique des interventions sanitaires à base communautaire, ce plan est difficilement mis en œuvre par manque de moyens. Certaines associations de promotion de la santé communautaires sont présentes mais elles ne maîtrisent pas les bonnes pratiques en matière de nutrition ou de prévention des maladies. Elles ne peuvent donc jouer leur rôle de sensibilisation de la communauté. Ce qui est d'autant plus interpellant vu la faible accessibilité des CDS dans la zone d'intervention (voir ci-dessus).

Niveau des FOSA (CDS et hôpitaux) : Dans le système de santé burundais, des services spécifiques, dits de récupération nutritionnelle, sont prévus au sein des FOSA pour la prise en charge de la malnutrition aigüe : les services de Supplémentation Nutritionnelle (SSN) au niveau des CDS pour la PEC des cas modérés, le Service Thérapeutique Ambulatoire (STA) au niveau des CDS et le service de stabilisation au niveau des hôpitaux pour les cas sévères respectivement sans ou avec complication. Sur l'ensemble des CDS de la zone moins de la moitié offre des services de récupération nutritionnelle et ceux-ci fonctionnent mal par manque d'équipement, de personnel suffisamment compétent, et en fonction des aléas de leur approvisionnement en intrants. L'identification a relevé, au niveau des FOSA :

- Un manque d'hygiène environnemental et d'assainissement, renforcé par le manque d'accès à l'eau potable pour certaines
- Une insuffisance de personnel qualifié formé en soins de lutte contre la malnutrition
- Une insuffisance au niveau du plateau technique (matériel médical adéquat) et des ruptures de stocks en médicaments pour le traitement spécifique et en intrants nutritionnels. Pour le PAM et l'UNICEF qui fournissent les intrants, les ruptures de stock résulte de la mauvaise gestion des commandes et des stocks au niveau des FOSA.
- Une insuffisance des moyens logistiques et financiers pour l'évacuation des cas sévères vers le SST

De plus, les activités nutritionnelles ne sont pas évaluées ni valorisées par le système de PBF (Financement basé sur la performance) ce qui n'encourage pas les prestataires des CDS dans la prise en charge de la malnutrition.

Il est important de mentionner qu'il est essentiel de travailler sur les deux niveaux (FOSA et communautaire) en parallèle car l'un et l'autre peuvent se nourrir comme se déforcer mutuellement. En effet, la prise en charge des cas de malnutrition aigüe par les CDS reste partielle et peu durable sans un réel travail d'accompagnement au niveau communautaire. Les taux de rechute des enfants traités sont très importants, par manque de prévention d'une part et par manque de suivi post-traitement d'autre part. Les agents de santé rencontrés nous demandent d'agir en complémentarité de leurs interventions, en amont et en aval dans les communautés. Par ailleurs, si les CDS n'ont pas la capacité de prendre en charge les cas de malnutrition modérée identifiés à la fois au niveau de la communauté et au niveau des centres de santé, cela déforce et décourage en même temps, le système de dépistage communautaire par manque de réponse au niveau des centres de santé.

On notera, par ailleurs, l'insuffisance voire l'absence de prise en compte de la nutrition dans les plans de développements sectoriels des communes.

⁸ L'approche de nutrition à assise communautaire (NAC) vise la promotion de la santé et de la nutrition en vue de prévenir les différents types de malnutrition par la mobilisation et la sensibilisation des communautés. Elle prévoit également un volet communautaire de prise en charge de la malnutrition aigüe dans les FARN (Foyer d'Apprentissage et de Réhabilitation Nutritionnelle), Pour l'explication plus détaillée de l'approche voir point 2.7, résultat 2.

⁹ Voir consortium Tubaramure (point 2.5.G)

2.4 STRATEGIE SECTORIELLE

Voir partie I : DTF Programme

2.5 LOGIQUE D'INTERVENTION CROIX-ROUGE

2.5.1 Leçons apprises et recommandations

La Croix-Rouge de Belgique est forte de son expérience depuis 2007 dans les programmes de « nutrition à base communautaire ». En effet la CRB a mis en œuvre pour la première fois un programme pilote de « prise en charge communautaire de la malnutrition » au Burkina Faso. Il a en partie été répliqué au Mali dans la région de Ségou et de Nioro/Nara (actuel FBSA depuis janvier 2012). Ce type de programme intègre à la fois des interventions de prise en charge de la malnutrition aigüe et de prévention de la malnutrition aigüe et chronique. Les principales leçons apprises et recommandations émanant de ce programme pilote au Burkina Faso sont énumérées ci-dessous. Elles émanent notamment d'une évaluation externe du programme effectuée par AEDDES en 2008 et d'une capitalisation de l'expérience menée par l'ULB/CEMUBAC en 2010.

	Leçons apprises	Recommandations -
Communication pour le changement de comportement ou CCC	Est présenté comme la pierre angulaire du projet et vecteur de l'impact de l'action à long terme	Renforcer ce volet là et développer d'autres outils de communication et autres thématiques de santé (planification familiale notamment) Tenir compte des interventions à gain rapide définies dans la série Lancet 2008 sur la malnutrition maternelle et infantile qui sont des interventions simples et peu coûteuses mais à impact élevé.
Adhésion de la communauté aux activités de nutrition	Les messages sur les bonnes pratiques de prévention de la malnutrition sont bien mieux compris et assimilés quand ils sont diffusés par des personnes issues des communautés elles-mêmes vivant dans les mêmes conditions, parlant la même langue et mettant en pratique directement les conseils prodigués	Laisser le choix à la communauté de désigner ses représentants.
Autonomisation de la communauté et des acteurs communautaires impliqués dans les activités de nutrition	L'autonomie des populations doit être privilégiée afin de la sortir de sa dépendance à l'aide alimentaire. Il s'agit de maximiser les capacités des populations à résoudre leurs problèmes sur place en les formant notamment au diagnostic communautaire	La promotion de la santé et de la nutrition ne passe pas seulement par la diffusion de messages mais également par la mise à disposition en moyens locaux permettant de renforcer les groupes cibles (volontaires) pour poursuivre leurs activités : doter en matériel adéquat (pour le dépistage, la PEC, les démonstrations nutritionnelles, outils et fiches de CCC) favoriser les liens entre les groupes cibles et les organisations locales susceptibles d'agir dans le domaine du développement agricole favoriser les micro-projets communautaires axés sur la valorisation des ressources locales (unités de production de farines enrichies, de transformation, conservation des produits) chercher une alternative locale aux intrants nutritionnels pour la prévention et la PEC de la malnutrition doter les volontaires en moyens de déplacements au besoin assurer l'accès à l'eau et assainissement
Intégration de la prise en charge communautaire de la malnutrition aigüe (PCMA) au niveau des centres de santé et passage à l'échelle	L'implication et l'appropriation par le district sanitaire et les centres de santé des actions communautaires est un gage de pérennité	<u>Au niveau de la communauté</u> Renforcer le rôle et les capacités de l'ASC. Celui-ci étant le lien entre le centre de santé communautaire et la communauté. Impliquer les leaders communautaires et exploiter positivement le cadre de concertation au niveau de la commune

		<p><u>Au niveau du système de santé de première ligne</u> Doter les CDS en médicaments, intrants nutritionnels, matériel anthropométrique, protocoles et guides, outils de collectes de données simples. Augmenter et former les agents de santé afin qu'ils adhèrent et appliquent le protocole national dans lequel les activités de PCMA font partie de leur paquet d'activités</p>
--	--	---

Le programme proposé ici tient compte des leçons apprises dans le cadre de l'implémentation de précédent projet de prise en charge de la malnutrition aiguë. L'interaction des actions menées par les différents partenaires du FBSA permettra de développer des actions qui auront pour but de réduire l'insécurité alimentaire des ménages et de ce fait de contribuer à la réduction de l'incidence de la malnutrition chronique. Elle permettra également d'améliorer l'impact des interventions qu'ils développent (composante agricole, élevage, développement communal dans le cadre de la décentralisation) pour assurer la couverture des besoins nutritionnels des populations. L'avantage au Burundi, est qu'il y a déjà une conscience et une volonté politique concernant l'intégration des services de PEC nutritionnelle dans le système de santé, jusqu'au niveau communautaire.

2.5.2 Conclusions et recommandations d'éventuelles études préliminaires

Sécurité alimentaire et nutrition :

Si le concept de sécurité alimentaire inclut depuis quelques années, la notion d'**utilisation** adéquate des aliments, rares sont les programmes de développement qui lui accordent autant d'importance qu'à la **disponibilité** et à l'**accessibilité** de la nourriture tout au long de l'année. L'accent est mis sur une augmentation de la production agricole et animale, un accroissement des revenus ou une meilleure accessibilité aux marchés, mais peu est fait pour favoriser l'autoconsommation adéquate (équilibrée et diversifiée) de ces produits. En effet, des études ont prouvé que lorsque le capital monétaire d'un ménage augmente, notamment grâce à la vente des produits agricoles ou d'élevage, les ressources financières sont d'abord consacrées à la satisfaction des besoins en matériel, en transport, en communication, en éducation et seulement, en cinquième position, pour l'alimentation des enfants.

En outre, il n'est pas rare que des ménages vendent leurs productions de qualité et à haute valeur nutritive (comme le fonio, le poulet bicyclette, le riz complet, le quinoa...) et consomment des denrées de moindre qualité, car moins chères et/ou raffinées (riz blanc, pâtes industrielles, sucre blanc, poulets industriels...). Cette tendance s'explique en partie par des facteurs économiques (faiblesse des revenus, coûts des denrées et de l'énergie) et socioculturels (urbanisation accélérée, imitation des modes de consommation occidentaux), mais est encouragée par des politiques agricoles et de sécurité alimentaire inadéquates : priorité donnée aux exportations, importations de produits agricoles bon marché, développement de l'élevage industriel, soutien des industries agroalimentaires au détriment des unités artisanales, absence de promotion des denrées et des plats traditionnels...

La notion d'**utilisation comme 4ème dimension de la sécurité alimentaire**¹⁰ est plus complexe. Elle concerne *la façon dont les gens utilisent la nourriture et dépend de la qualité des aliments, leur stockage et leur préparation, des principes nutritionnels de base ainsi que de l'état de santé des individus les consommant. Certaines maladies ne permettent pas une absorption optimale des aliments, et la croissance nécessite une consommation accrue de certains éléments. L'utilisation de la nourriture est souvent réduite par des maladies endémiques, de mauvaises conditions d'hygiène, une méconnaissance des principes nutritionnels de base ou, encore, par des traditions limitant l'accès à certains aliments en fonction de l'âge et du sexe*¹¹. Lorsqu'on parle d'utilisation, on parle également de sécurité nutritionnelle. *La sécurité nutritionnelle existe lorsque la sécurité alimentaire est associée à un environnement sanitaire satisfaisant, à des services de santé adéquats et à des pratiques de soins et d'alimentation appropriées permettant à toutes les personnes faisant partie d'un ménage de mener une vie saine.* On retrouve bien dans ces définitions et descriptions les différents déterminants de la malnutrition exposés au point 2.3.

¹⁰ Les 4 dimensions sont : Accessibilité, Disponibilité, Stabilité et Utilisation.

¹¹ Comment évaluer la sécurité alimentaire, guide pratique de la FICR.

La dimension d'utilisation intègre une série d'interventions nutritionnelles qui permettent de réduire de manière efficace l'insuffisance pondérale, le retard de croissance, les carences en micronutriments et la mortalité infantile, ceci s'accompagnant bien sûr d'une disponibilité alimentaire variée. En 2008, The Lancet, dans la série malnutrition maternelle et infantile, a identifié un ensemble d'interventions nutritionnelles à impact élevé et à faible coût : « parmi les interventions actuellement disponibles, la promotion de l'allaitement maternel, l'alimentation de complément adaptée chez le jeune enfant, la nutrition des femmes enceintes et allaitantes, les suppléments en vitamine A et zinc ont le plus grand potentiel en termes de réduction de la mortalité infantile et de charge de morbidité future liée à la malnutrition. L'importance de leur mise à l'échelle a été soulignée en mettant l'accent sur les femmes enceintes et allaitantes. ». Partant de ces recommandations l'UNICEF a défini un ensemble de pratiques à promouvoir au niveau des familles et de la communauté, les Pratiques Familiales Essentielles (PFE) qui comprennent les actions essentielles en nutrition (AEN) et d'autres pratiques de santé plus globales.

La promotion de ces pratiques revient aux politiques nationales et régionales de santé et l'opérationnalisation passe par les services de santé mais ces derniers connaissent de nombreuses lacunes. Cependant parvenir à réduire les problèmes de malnutrition et de mortalité infantile ne peut être le simple fait de services de santé adéquats et de personnels compétents. Des résultats ne sont envisageables qu'à la condition d'une collaboration entre agents de santé et familles, et d'un soutien de leur communauté. Partant de ces constats et analyses, seule une intervention à base communautaire permettra d'adresser avant tout les défaillances qui conduisent à la malnutrition chronique mais aussi les défaillances de la prise en charge actuelle de la malnutrition aiguë. Ces deux problématiques nécessitent un travail de communication pour le changement de comportement et une IEC organisée et innovante, à long terme. Cela nécessite une présence de proximité au sein des communautés, de manière durable.

Le plaidoyer international s'oriente maintenant de plus en plus en faveur d'une intégration de la problématique de la nutrition comme thématique transversale de tout programme d'aide au développement, quel qu'en soit le domaine. Mais, jusqu'à présent, la recommandation de la FAO d'utiliser l'expression 'sécurité alimentaire et nutritionnelle' est encore trop peu adoptée et de nombreux progrès restent encore à faire pour que l'ensemble des acteurs concernés (bailleurs de fonds, gouvernements, organisations paysannes, ONG...) adoptent des politiques et actions adéquates, efficaces et efficientes en matière de nutrition.

Malnutrition chronique et/ou aiguë

L'étude préliminaire sur l'analyse de la sécurité alimentaire au Burundi dans la zone d'intervention du FBSA et conduite par SHER montre que la prévalence de la malnutrition aiguë est de 6% et celui de la malnutrition chronique de 58%. L'étude préconise une intervention focalisée sur le renforcement des capacités des centres de santé, qui font essentiellement de la prise en charge de la malnutrition aiguë. Or s'il est vrai que ce paquet d'activités est primordial pour la survie des patients, le seuil d'urgence de 10% (normes NHCS) pour la malnutrition aiguë n'est pas atteint tandis que celui de la malnutrition chronique est largement dépassé (seuil d'alerte à 30%). Contrairement aux recommandations de cette étude, nous estimons donc important de se focaliser sur des actions qui permettent de prévenir la malnutrition chronique. S'il est reconnu que la malnutrition chronique est un bon indicateur de développement global d'une population il n'est pas assez reconnu que les actions de prévention de cette malnutrition chronique sont d'importants facteurs de développement.

Ainsi, le grand public, les médias, mais aussi la plupart des acteurs spécialisés de la coopération au développement se focalisent essentiellement sur la malnutrition aiguë, c'est à dire clinique, « visible », celle qui entraîne le décès à cause d'une ration énergétique insuffisante et qui nécessite une intervention de type médical. Or, s'il est vrai que 68 millions d'enfants dans le monde souffrent de cette forme de malnutrition à l'évolution rapide et fatale, ils sont 195 millions à souffrir de ce qu'on appelle « la faim cachée » et, plus précisément, la malnutrition chronique qui se caractérise par la carence d'un ou plusieurs éléments nutritifs (vitamines, minéraux, protéines, calories,...). Cette forme de malnutrition, moins visible, a pourtant autant de conséquences sérieuses sur la vie d'un être, notamment chez les enfants : retard de croissance, diminution de la capacité intellectuelle et retard de développement mental (40 à 60 % des enfants des pays en développement en pâtissent par manque de fer ; 18 millions deviennent handicapés mentaux chaque année par manque d'iode), survie (un million de décès par an par carence en vitamine A...). Les adultes sont aussi affectés par les carences. Les femmes et les jeunes filles sont plus exposées à la faim et à la malnutrition que les hommes ; elles sont particulièrement affectées par des carences en fer et une sous-alimentation globale pendant la grossesse et l'allaitement (60.000 décès/an dus à l'anémie).

Un grand nombre de contraintes limite la capacité des femmes à améliorer leur propre état nutritionnel et celui de leurs enfants : répartition inégale des aliments au sein du ménage, moindre accès à l'emploi, salaires plus bas que les hommes, moindre accès aux terres, moindre accès à l'information... Et pourtant, l'éducation et le statut des femmes dans le ménage contribuent pour plus de 50 % à la réduction de la malnutrition des enfants¹², notamment parce que leurs activités agricoles sont majoritairement orientées vers les productions vivrières.

Conclusion :

Il convient donc dans le cadre de ce programme, en synergie avec les autres composantes du programme FBSA, de proposer ces interventions de la dimension « utilisation » qui vont directement impacter l'état nutritionnel des populations et axer sur la prévention de la malnutrition qu'elle soit aigue ou chronique.

2.5.3 Motivation du choix du groupe cible et de la zone d'intervention

1. Motivation et description du choix des bénéficiaires et des groupes cibles :

Nous avons tenu à distinguer les bénéficiaires des groupes cibles dans notre terminologie. De cette façon, les bénéficiaires sont décrits comme les personnes bénéficiant directement des résultats positifs attendus du projet. Les groupes-cibles quant à eux, sont les relais par lesquels nous pouvons atteindre nos bénéficiaires finaux.

Les bénéficiaires

Les bénéficiaires directs de cette composante sont **les enfants entre 0 et 5 ans, les femmes enceintes et allaitantes et les malades chroniques** (tuberculose et VIH/SIDA).

Le choix de cette catégorie se motive par le fait qu'il s'agit des groupes les plus vulnérables à la malnutrition. La vulnérabilité (exposition, sensibilité et incapacité à résister à un choc externe) de ces bénéficiaires se manifeste précisément par la malnutrition. Mais ce sont également les groupes auprès desquels on peut avoir le plus d'impact en termes de prévention de la malnutrition chronique.

Le temps critique de la croissance et du développement mental des enfants est en effet situé entre la conception et les 24 premiers mois de la vie. Cibler les enfants de cet âge est essentiel pour promouvoir la croissance et prévenir à long terme les effets physiques et mentaux de la malnutrition. Au-delà de cet âge, les dégâts deviennent irréversibles. Mais il ne faut pas négliger pour autant les enfants de 2 à 5 ans car c'est à cet âge que les enfants sont sevrés. Souvent les mamans les délaissent au profit du petit frère qui vient de naître et dans la fratrie c'est le plus petit qui va le moins bien manger par rapport aux plus âgés. La maman étant la première concernée par l'alimentation de son enfant, en particulier lors de l'allaitement, il est essentiel de leur accorder une attention toute particulière dans les actions de prévention.

Notre intervention vise aussi les **femmes en âge de procréer** afin de couvrir les trois fenêtres critiques d'opportunité au cours desquelles les actions en nutrition ont un impact plus élevé : les 1000 premiers jours de vie, durant l'adolescence de la jeune fille, et pendant la grossesse/allaitement chez la femme.

Données quantitatives actuelles	Cendajuru	Gisuru	Kinyinya	TOTAL
Population totale	47 324	109 359	58 316	214 999
Ménages	7 887	18 227	9 719	35 833
Femmes	24 112	56 238	30 004	110 354
Femmes enceintes	2 745	5 467	2 915	11 127
Femmes allaitantes	2 453	5 139	2 740	10 332
Femmes en âge de procréer (15 à 49 ans)	12 435	25 918	13 820	52 173
Jeunes filles adolescentes	6 345	12 098	7 845	26 288
Enfants de 0 à 5 ans	6 474	14 394	7 894	28 762
Nombre d'enfants entre 0 et 5 ans MAM	227	564	309	1 100
Nombre d'enfants de 0 à 5 ans MAS	45	113	62	220
Nombre d'enfants de 0 à 5 ans Malnutris chronique	4 117	9 860	5 407	19 835
Hommes	23 212	53 121	28 312	104 645
Autres				
Tuberculeux	31	82	36	149

¹² Klennert, K. Assurer la sécurité alimentaire et nutritionnelle Manuel de référence, 2006

Porteurs du VIH/SIDA	126	345	130	601
----------------------	-----	-----	-----	-----

La croissance démographique aura un impact sur l'augmentation du nombre de bénéficiaires. Il est difficile de le chiffrer actuellement mais ces données seront remises à jour lors de l'enquête nutritionnelle SMART

Les bénéficiaires indirects de notre action seront l'ensemble de la population de la zone d'intervention. Ils bénéficieront en effet, via les sensibilisations générales menées sur la prévention des maladies et la promotion de la santé, et grâce aux actions spontanées menées via la mobilisation communautaire, d'un environnement de vie plus sain (mise en place de tip-tap, auto-construction de latrines, etc.).

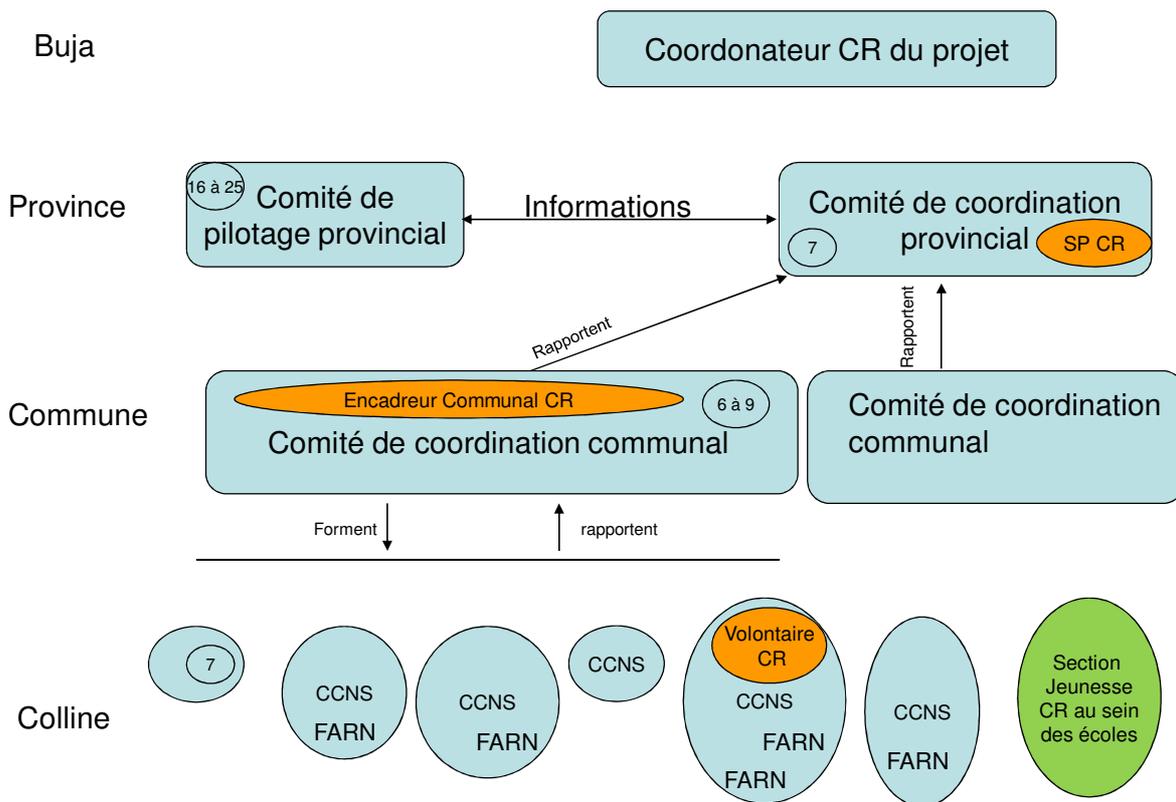
Il est important de souligner que, au-delà des critères physiques (âge, sexe, etc.), en s'attaquant aux problèmes de malnutrition, nos actions nous amènent à travailler avec les couches **les plus pauvres et les plus vulnérables** de la population, qui ne pourront pas toujours être ciblées par les autres partenaires FBSA. Pour certaines interventions spécifiques (voir activité 1.5), les ménages les plus vulnérables non appuyés par d'autres partenaires du programme seront appuyés par la Croix-Rouge et identifiés sur base de critères objectifs définis par les UC. Tout comme ils le font pour leurs actions hebdomadaires d'appui aux vulnérables de leur communauté, les ménages vulnérables seront choisis de façon consensuelle par les membres de l'Unité Collinaires Croix-Rouge, qui, faisant partie de la communauté, ont une très bonne connaissance des personnes en situation de vulnérabilité. Il n'y a pas de critères fixes ou immuables mais l'expérience montre que les personnes retenues sont le plus souvent des veuves avec enfants à charge, des enfants chefs de ménage, des orphelins, des vieillards, des rapatriés et des malades chroniques comme les Personnes Vivant avec le VIH/Sida et les tuberculeux, etc. Dans le cadre du FBSA, un travail sera mené avec les UC afin de retenir les critères pertinents à prendre en compte selon eux dans le cadre des différentes interventions qui seront menées. Les listes de personnes vulnérables qui seront assistées par les volontaires ou d'autres associations constituées en début de projet seront validées publiquement par la communauté et les autorités locales, ce qui garantit la transparence et l'acceptation, et évite les doublons pour les appuis de différents partenaires. La liste des critères retenus sera communiquée dans le 1er rapport du programme.

Groupes cibles :

Pour favoriser l'appropriation communautaire et atteindre nos bénéficiaires de façon plus efficiente, nous nous appuyons sur des structures issues de la base et choisies par la base. Les groupes cibles pour atteindre nos bénéficiaires sont :

1. Les Comités Collinaires de Nutrition et de Santé (CCNS)
2. Les comités de coordination communaux du projet
3. Les sections jeunesse (SJ) Croix-Rouge
4. Les prestataires de soins des FOSA de la zone d'intervention

Schéma des différents groupes cibles et instances de coordination :

Niveau:

Lors des évaluations sur le terrain en vue de la formulation du DTF, les médecins chefs de districts sanitaires de CANKUZU et Kinyinya ont été consultés. Ainsi, à la question « Pensez-vous que la Croix-Rouge peut vous être utile dans vos activités de prise en charge de la malnutrition? Comment ? », ces médecins ont notamment répondu que l'un des moyens était d'associer les volontaires CR, les ASC et les relais communautaires pour renforcer la sensibilisation, le dépistage et la référence des cas suspects de malnutrition. Ils ont ajouté par ailleurs que les volontaires CR font partie de structures bien organisées sur les différentes collines et qu'ils forment une association solide de la promotion de la santé communautaire. A ce titre ils peuvent appuyer les ASC qui ne sont pas assez nombreux sur les collines (en moyenne 2 par collines) pour couvrir toutes les activités liées à la nutrition d'une façon satisfaisante et atteindre l'ensemble de la population pour le dépistage et la sensibilisation.

C'est ainsi que l'idée de mettre en place des Comités Collinaires de Nutrition et de Santé est venue. Ces comités seront à la base du projet et, comme leur nom l'indique, seront situés au niveau des collines. Ils auront pour charge d'effectuer les diverses activités au niveau communautaire : organisation des activités de sensibilisation en nutrition mais également dans d'autres domaines de la santé, dépistage de la malnutrition, gestion des FARN, visite à domicile et suivi des enfants dépistés malnutris, référencement des cas de malnutrition aiguë sévère vers les centres de santé, etc.

Pour pouvoir assurer toutes ces activités, la composition de ces CCNS se déclinera de la façon suivante :

- Au minimum 2 volontaires Croix-Rouge
- Au minimum 1 ASC
- Au minimum 1 responsable d'une association de promotion de la santé/relais communautaire
- 1 leader communautaire
- 2 mamans lumière en charge des FARN

Les membres des CCNS seront formés aux bonnes pratiques de nutrition, hygiène et assainissement, et santé, dont la planification familiale. Ils toucheront 80% des ménages et ainsi, par effet multiplicateur, les bénéficiaires finaux. Les CCNS seront aussi formés afin de dépister et suivre les cas de malnutrition. Les mamans lumière, membres des CCNS seront formées afin de gérer les FARN et prendre en charge les cas de malnutrition aiguë modérée.

Les leaders collinaires et les associations de promotion de la santé communautaire (relais communautaires) sont donc associés au projet via les Comité Collinaires de Nutrition et de Santé. La composition du CCNS répond au souhait de la DPSHA de favoriser le travail en commun des acteurs de la santé communautaire. Cela renforcera l'intégration du projet dans le système sanitaire de la zone d'intervention et a comme objectif d'augmenter la pertinence, l'efficacité, l'impact et la durabilité des interventions de ce programme. L'intégration dans le système de santé sera assurée d'une part par l'implication des ASC dans les CCNS et d'autre part par le travail d'encadrement et de suivi des Technicien en Promotion de la Santé (qui représentent le ministère de la santé au niveau communautaire).

Une attention particulière sera accordée à la bonne intégration et au bon fonctionnement des CCNS dans le système de santé burundais lors des réunions de coordination au niveau communal et provincial, les représentants du système de santé burundais étant représenté dans les comités de coordination aux deux niveaux (voir ci-dessous et point 2.9.B).

Les comités de coordination communaux sont composés de 6 à 9 personnes : des volontaires CR et des TPS. Un comité de coordination est mis en place par commune. Les membres des comités de coordination communaux forment les membres des CCNS et encadrent leurs activités. Ils appuient les associations de malades chroniques : ils s'assurent du fonctionnement des chaînes de solidarité en petits animaux et du bon usage des jardins de cuisines.

Les représentants de 12 sections jeunesse Croix-Rouge par commune sont formés afin de sensibiliser leurs pairs aux bonnes pratiques de nutrition, hygiène et assainissement, et santé, dont la planification familiale.

34 prestataires de soins des FOSA (pour 15 CDS et 2 SST) sont formés dans le dépistage et la prise en charge des cas de malnutrition et en méthode contraceptive.

Données quantitatives	Cendajuru	Gisuru	Kinyinya	TOTAL
Collines	17	43	18	78
Zones sanitaires	2	3	2	7
Hôpitaux	0	1	1	2
CDS (Centre De Santé)	7	5	3	15
Nb de TPS	7	5	3	15
SSN Service de supplémentation nutritionnelle	1	3	2	6
STA Service Thérapeutique ambulatoire	1	3	2	6
SST Service de stabilisation	1*	0	1	2

* Le SST qui prend en charge les enfants malnutris sévères avec complication de la commune de Cendajuru est situé à l'hôpital de district sanitaire de Cankuzo, à 35 kms de Cendajuru.

Le tableau ci-dessous reprend la couverture Croix-Rouge et des ASC par commune :

Données quantitatives	Cendajuru	Gisuru	Kinyinya	TOTAL
Collines	17	45	18	80
Nb d'unités collinaires	15	45	18	78
Volontaires Croix-Rouge	818	7844	816	9.518
Taux de couverture des collines par les volontaires CR	100%	100%	89%	
Nombres de section jeunesse CR	11	3	2	16
Membres des sections jeunesse Croix-Rouge	112	848	145	1 446
Agents de Santé Communautaire	34	86	36	156

2. Motivation du choix de la zone d'intervention :

L'enquête nutritionnelle SMART réalisée en début de projet, et qui renseigne sur la prévalence de la malnutrition aigue; chronique, sur l'insuffisance pondérale et sur la mortalité rétrospective dans les différentes zones, permettra de cibler de façon plus précise les zones de grande vulnérabilité en matière de santé et de nutrition. Les résultats de cette enquête devront servir aussi au ciblage pour les autres partenaires du FBSA, car ils sont de bons indicateurs de niveau de développement et de pauvreté de ces zones.

De la même façon, la présence des autres acteurs du FBSA ou d'autres acteurs améliorant la situation économique des ménages sera également un critère pris en compte pour cibler les zones prioritaires d'intervention de la Croix-Rouge au sein des 3 communes. Il est en effet reconnu la nécessité d'associer aux

bonnes pratiques alimentaires des actions effectives de lutte contre la pauvreté dans les zones de poche de résistance de la malnutrition.

Comme expliqué ci-dessus, en s'attaquant aux problèmes de malnutrition, nos actions nous amènent à travailler avec les couches **les plus pauvres et les plus vulnérables** de la population. Nous serons particulièrement attentifs aux groupes marginalisés et aux groupes vivant dans les endroits isolés géographiquement pour assurer une couverture équitable des services nutritionnels. La zone d'intervention prioritaire de la Croix-Rouge sera donc plus étendue que la zone d'intervention prioritaire de Caritas et Soprad auprès des exploitations familiales intégrées.

2.5.4 **Motivation du choix de l'intervention**

Comme démontré au point 2.5 dans les recommandations d'autres études, outre la disponibilité alimentaire, la manière dont ces aliments sont utilisés est un facteur primordial dans la prévalence de la malnutrition¹³.

Les actions visant à garantir la disponibilité et l'accessibilité de la nourriture toute l'année pour les ménages de la zone sont prises en charges par les autres acteurs du FBSA (Caritas-Soprad ; CSA ; WSM ; Louvain développement). La Croix-Rouge, fort de son expertise dans les domaines de la prévention-promotion santé nutritionnelle, s'occupera donc de travailler sur l'amélioration de l'utilisation des aliments, permettant grâce au travail en synergie, d'apporter une réponse globale aux problèmes de sécurité alimentaire des ménages les plus vulnérables. La prise en compte des besoins des plus vulnérables est de façon générale, le mandat de la Croix-Rouge, qui veillera donc particulièrement à l'inclusion de cette catégorie dans les actions du programme.

Concernant la dimension **utilisation**, afin de s'aligner sur les stratégies nationales, la stratégie d'intervention de la Croix-Rouge repose sur l'approche du Programme Nutritionnel à Assise Communautaire (PNAC) introduit en 2003 par le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida (MSPLS) avec l'appui de l'UNICEF. Les principaux volets de cette approche sont les suivants : la mobilisation communautaire, la promotion de la croissance, le dépistage– référence de la malnutrition, la réhabilitation nutritionnelle des cas de malnutrition aigüe modérée dans les foyers d'apprentissage et de réhabilitation nutritionnelle (FARN), le suivi des femmes enceintes et allaitantes et la promotion de l'autosuffisance alimentaire et de l'auto développement.

Les activités d'auto-développement et de diversification alimentaire au sein du FBSA seront prises en charge par Caritas et Soprad avec l'appui aux exploitations familiales intégrées tandis que les interventions nutritionnelles seront assurées par la CR. Cependant, hors de la zone d'intervention de Caritas et Soprad et pour les ménages les plus vulnérables (identifiés par la présence d'enfants ou de femmes enceintes et allaitantes malnutris au sein du ménage) qui ne pourront être pris en charge par d'autres partenaires, la Croix-Rouge appuiera en jardins de cuisine, riches en micro nutriments, et en petit bétail, afin de bénéficier de fumier pour les jardins de cuisines. Les interventions de la Croix-Rouge seront aussi complétées par les interventions d'autres acteurs améliorant la situation économique des ménages (dont le PAIOSA) sur la zone d'intervention prioritaire de la Croix-Rouge. La Croix-Rouge complètera donc en partie les actions visant à améliorer la **disponibilité** des aliments à haute valeur nutritive.

Dans le cadre de la nutrition à assise communautaire la stratégie d'intervention de la Croix-Rouge pour améliorer la dimension **utilisation** s'articule autour de deux volets :

- Le volet « préventif » : Il s'agira avant tout de doter les communautés de connaissances essentielles en matière de nutrition, d'hygiène et de santé **pour induire en elles des changements** dans leurs pratiques néfastes à la santé afin de contribuer à diminuer le nombre de cas de malnutrition aigüe et chronique et pour qu'elles détectent de manière précoce les cas de malnutrition.

La méthodologie d'action se base sur un plan de **communication pour le changement de comportement** (CCC) basé sur la prévention des maladies et la promotion de la santé et des bonnes pratiques d'hygiène et assainissement. Il s'agit de promouvoir les **Pratiques Familiales Essentielles (PFE)**, avec un accent particulier sur les 5 actions recommandées par le MSPLS. Les outils utilisés au sein du mouvement Croix-Rouge sont ceux des programmes de Premiers Secours et Soins à Base Communautaire (PSSBC) : à travers une approche participative les communautés seront accompagnées pour qu'elles identifient elles-mêmes les causes intrinsèques de la malnutrition, les maladies qui les affectent le plus durement et les actions à mettre en œuvre pour prévenir.

La mobilisation communautaire pourra alors être organisée autour des priorités identifiées. La stratégie de la Croix-Rouge est multiple : utilisation du porte à porte pour qu'aucun ménage ne soit oublié, organisation de la communauté pour qu'elle se prenne en charge et réalisation de séances de sensibilisation et d'activités de promotion au niveau communautaire. Cela sera fait par les **sections jeunesse CR** et par la participation des forces vives de la colline en matière de santé – les agents de santé communautaire, les leaders communautaires, les associations de promotion de la santé

¹³ Correspond à la dimension « utilisation » dans la définition de la sécurité alimentaire

communautaire (relais communautaires) et les mamans lumières – autour des volontaires CR au sein des **Comités Collinaires de Nutrition et de Santé** (CCNS).

La méthodologie s'appuiera aussi, pour les aspects nutrition, sur le concept de **déviante positive** (identification de modèles positifs au sein de la communauté qui ont trouvé des comportements et stratégies inhabituels mais efficaces pour faire face à un problème).

- Le volet « curatif » : il s'agit de la prise en charge médicale et nutritionnelle des cas de malnutrition aigüe qui sont en danger, soit au niveau des centres de santé de référence soit directement au sein des communautés.

Au niveau communautaire, il s'agit d'organiser **la prise en charge nutritionnelle** des cas de malnutrition aigüe modérée (MAM) au sein de la communauté par les mamans lumières au sein des **FARN** (Foyers d'Apprentissage et de Réhabilitation Nutritionnelle). L'approche FARN promue par le PRONIANUT et le MSPLS favorise la prévention, le dépistage, le traitement et le suivi de la malnutrition aigüe modérée au niveau communautaire. Elle valorise les solutions locales (aliments locaux disponibles et abordables) et les ressources disponibles pour prendre en charge les cas de malnutrition aigüe modérée. Cette stratégie va soulager les FOSA et va leur permettre de se concentrer sur la PEC des MAS.

Au niveau des CDS, il s'agira de renforcer **la prise en charge médicale** des cas MAS référés ou arrivant au CDS. Le **renforcement des structures locales de santé** sera organisé à travers la formation du personnel de soins, par la fourniture de matériel anthropométrique. De plus, le lien entre le travail des CDS et la communauté sera renforcé à travers un système de référence / contre référence des cas de malnutrition aigüe sévère (MAS) vers les centres de prise en charge nutritionnelle et leur suivi par la communauté, et par l'appui aux stratégies avancées des FOSA au sein de la communauté.

Par contre, la Croix-Rouge ne s'engage pas dans la construction du bâtiment, des latrines, de la petite cuisine et du mobilier (bancs, chaises, tables) des FARN. Pour cette matière, l'UNCDF a été approché dans le cadre du FBSA.

La CR ne s'engage pas non plus dans la réhabilitation et l'équipement des FOSA. De la même manière, l'UNCDF a été approché dans le cadre du FBSA et d'autres intervenants le seront lors de la mise en œuvre du projet.

Enfin, la Croix-Rouge ne s'engage pas dans la fourniture d'intrants, de médicaments ou de méthodes contraceptives aux FOSA. Ces aspects sont déjà pris en charge en grande partie par les programmes verticaux du Ministère de la Santé (MSLPS). Par contre, un module de formation en gestion des commandes et des stocks est prévu à destination des FOSA, afin d'éviter les ruptures de stock.

2.5.5 Contribution du projet aux OMD et application des principes de Paris et Accra

Objectif 1 : Réduire l'extrême pauvreté et la faim

La malnutrition peut avoir des impacts directs sur l'économie d'un pays. Les enfants malnutris devenus adultes, gagnent 10 à 17 % de moins que ceux bien nourris dans leur enfance. La malnutrition de la population peut contribuer à la **perte de 3% de croissance économique du pays** (Lancet 2008). Aussi, faut-il rappeler que les jeunes filles sous-alimentées grandissent pour devenir des femmes sous-alimentées qui donnent probablement naissance à une nouvelle génération d'enfants dénutris. Ainsi, en permettant aux populations de lutter contre la malnutrition, le projet contribuera indirectement à l'atteinte de l'objectif 1 des OMD

Objectif 4 : Réduire la mortalité infantile

Ce projet contribuera directement à l'objectif 4 des OMD. L'extrapolation de Lancet 2008 (selon Lancet 2008, la malnutrition contribue de 35% à 50% de décès infantiles dans le monde) permet de conclure que la malnutrition constitue un problème de santé publique au Burundi. Elle représente la 4^{ème} cause de morbi-mortalité selon le PNDS II.

En sensibilisant les mères et les communautés sur la problématique de la malnutrition infantile et ses causes et en leur proposant des solutions adaptées pour la prévenir, le projet permettra aussi d'atténuer dans la zone ciblée les 5 causes majeures de la mortalité au Burundi : le paludisme, les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires aiguës, la malnutrition et la tuberculose.

Objectif 5 : Améliorer la santé maternelle

Selon Lancet 2008, la malnutrition contribue à 20% de décès maternels dans le monde.

L'objectif du projet est d'améliorer la compréhension des communautés de la malnutrition et les inciter à adopter les pratiques adéquates pour en diminuer les effets. Pour ce faire, une des activités principale de ce projet sera la diffusion des pratiques familiales essentielles (PFE) en nutrition et en santé, défini par l'UNICEF. Ainsi, outre les aspects directement liés à la malnutrition, les sensibilisations communautaires aborderont des thématiques telles que la promotion des consultations prénatales et la nutrition des femmes enceintes et allaitantes, la promotion de l'hygiène, la planification familiale, la lutte contre les maladies courantes. Un accent particulier sera mis sur la planification familiale car si les relations sexuelles non protégées provoquent des naissances multiples, facteurs causal de la malnutrition chez les enfants, elles fragilisent également la santé des femmes : augmentation du

nombre de grossesses, mortalité maternelle en cours de grossesse, pendant l'accouchement ou de conséquences puerpérales, hausse des taux d'infections sexuellement transmissibles (dont le VIH/SIDA).

Objectif 6 : Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies

Les sensibilisations communautaires aborderont également la lutte contre les maladies infectieuses et parasitaires : le paludisme, les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires aiguës, le VIH/SIDA et la tuberculose. Ces maladies sont les principales causes immédiates liées à la malnutrition et sont les principales causes de morbidité et de mortalité dans le pays.

Déclaration de Paris et programme d'actions d'Accra

La composante « nutrition » prend en compte les cinq engagements de partenariat définis dans la déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide ainsi que l'accord entre le ministre de la coopération au développement et les ONG belges de développement du 4 mai 2010 de la manière suivante :

Appropriation et alignement : Les actions proposées s'inscrivent dans les différentes politiques nationales notamment le Plan National de Développement Sanitaire, la Politique Nationale de Santé, la Politique nationale de la Santé de la Reproduction et la Politique nationale de nutrition. Par ailleurs, cette composante contribuera à atteindre certains objectifs stratégiques fixés dans le Plan Stratégique 2010-2013 et le Plan d'action 2012 de la Croix-Rouge du Burundi (Accroître la capacité des communautés locales, de la société civile et de la Croix-Rouge pour faire face aux situations de vulnérabilités ; Contribuer à l'amélioration de la santé de la population par l'accroissement des capacités de la communauté à prévenir le VIH/SIDA et autres défis sanitaires ; Développer des partenariats stratégiques qui favorisent l'émergence des alliances opérationnelles). Une attention particulière a été portée à l'appropriation, en impliquant, dès la phase d'identification et de formulation du projet, le partenaire ainsi que toutes les parties prenantes, notamment dans les choix des actions et de la stratégie d'intervention. Harmonisation, coordination complémentarités et synergies : Dans le cadre de ses relations partenariales et de ses soutiens aux projets mis en œuvre par la Croix-Rouge du Burundi, la Croix-Rouge de Belgique s'efforce à utiliser autant que possible les procédures administratives et financière et les outils de gestions de son partenaire. L'harmonisation avec les autres partenaires du FBSA sera aussi garantie par la coordination du programme. Les synergies avec les autres partenaires du FBSA ont été développées lors de réunions par « pôle » qui ont permis de mettre en avant les complémentarités possibles et nécessaires, notamment point de vue des groupes cible (voir ci-dessous point 2.9).

Responsabilité mutuelle, transparence et gestion axée résultat : Les mécanismes de suivi et les outils mis en place sur le projet mettront un accent particulier sur l'atteinte des résultats : cadre de suivi des indicateurs, réunion de coordination, mission de suivi, etc. Le partage des responsabilités entre le partenaire local (la CRBu) et la CRB est fait de telle façon à laisser la flexibilité nécessaire aux acteurs de terrain pour leur permettre d'adapter les activités aux contextes et aux besoins changeant, en visant l'atteinte des résultats, qui sera garantie par un suivi conjoint et régulier des indicateurs. Voir également point 2.9 pour les responsabilités respectives.

2.5.6 Accord de la CR du Burundi avec les autorités nationales et locales

Ce projet rentre dans l'Accord Cadre de Coopération signé en 1999 entre le Ministère de la Santé Publique et la Croix-Rouge du Burundi. Cet accord prévoit que la CRB et le MSPLS s'associent dans la recherche de solutions aux problèmes de santé publique en général, et aux problèmes de salubrité de l'environnement en particulier, notamment dans la lutte contre les endémo-épidémies, la prise en charge des groupes vulnérables et l'accès aux soins de santé de qualité.

2.5.7 Synergies et complémentarité avec les intervenants hors FBSA

Les synergies et complémentarités avec les partenaires du FBSA sont décrites au point 2.9.

Ce paragraphe se concentre donc sur les synergies et collaborations avec des intervenants extérieurs au programme FBSA.

Les synergies et complémentarité décrites ci-dessous seront à affiner dès le lancement du projet.

Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le Sida (MSPLS) et PRONIANUT

Des échanges ont eu lieu à de nombreux niveaux avec l'administration de la santé lors de la formulation du projet. Ont été consultés : le DPSHA, le PRONIANUT, les médecins provinciaux (responsables des BPS), les médecins de district (responsables des BDS), les Coordonnateurs Provinciaux de Promotion de la Santé, des titulaires de FOSA, des TPS, des ASC.

Le projet envisage une collaboration très étroite entre la Croix-Rouge, auxiliaire des pouvoirs publics, et les différents niveaux de l'administration de la Santé dont le PRONIANUT lors de la mise en œuvre du projet, et à travers leur participation conjointe au Comité collinaires de Nutrition et de Santé (CCNS), aux comités de coordination communaux et provinciaux et au comité de pilotage du projet.

CTB

La CTB est présente depuis de nombreuses années dans la province de Ruyigi. Deux voies de complémentarité possibles sont identifiées :

- En premier lieu, la Croix-Rouge appuiera en formation et éventuellement en matériel es 3 centres de santé (Nyabitare, Kavumwe et Kabanga) réhabilités par le programme APV. De plus, le lien entre le travail de ces CDS et la communauté va être renforcé à travers un système de référence / contre référence des cas de malnutrition aiguë sévère (MAS), et par l'appui aux stratégies avancées en PF au sein de la communauté.
- En second lieu, les interventions du PAIOSA sur les communes de Kinyinya et de Gisuru - l'aménagement de marais, de bassins versants, le soutien de filière,...- seront enrichies par les activités de sensibilisation aux bonnes pratiques de nutrition, hygiène et santé menées par la Croix-Rouge (Nutrition à Assise Communautaire). Elles contribueront ainsi à la réduction de la malnutrition chronique.

PRO-SANUT

La délégation de l'Union Européenne au Burundi vient de lancer l'appel à proposition PRO-SANUT (5,4 M€ - 4 provinces, région Moso).

L'objectif spécifique de l'appel à propositions est : « Améliorer la disponibilité, accessibilité, acceptabilité, utilisation et stabilité d'aliments riches en nutriments, à travers la promotion d'initiatives entrepreneuriales au niveau d'Organisations Paysannes existantes et à travers la mise en place de Foyers d'Apprentissage et de Réhabilitation Nutritionnelle (FARN) pour les plus vulnérables, en associant des Activités Génératrices de revenus et des activités de transferts sociaux, dans les provinces de Cankuzo, Ruyigi, Rutana et Makamba ».

Des contacts ont été pris avec la délégation de l'Union Européenne. D'autres contacts seront pris avec les organisations qui seront sélectionnées pour cet appel à proposition.

CONSORTIUM TUBARAMURE

Ce consortium réalise un programme pour prévenir la malnutrition des enfants de moins de 2 ans dans toutes les communes des provinces de Ruyigi et Cankuzo. Il est composé des ONG IMC, CARITAS Burundi, CRS, FHI sous financement USAID (45.000.000\$) de 2009 à 2014.

Le consortium développe les activités suivantes :

- Encadrement et formation de mamans leaders (4.600), organisées en care-groupe, responsables de la sensibilisation communautaire auprès des femmes (46.000) enceintes et allaitantes ayant des enfants de moins de 2 ans sur les bonnes pratiques de santé et nutrition
- Renforcement du SPC (Suivi promotionnel de la croissance) dans les CDS et développement de sites pilotes de SPC au niveau de la communauté (2 collines par commune).
- Renforcement de capacité des prestataires de soins des CDS (2 par CDS) en santé pré et post natale et en prise en charge intégrées des maladies de l'enfant de moins de 2 ans. Fourniture de matériel médical et de promotion de la santé (boîtes à image) aux CDS
- Distribution de vivres (complément nutritionnels – mélange maïs, Soja, pois et huile), de semences et de petit bétail aux 4.600 mamans leaders.

Par ailleurs, IMC finalise une enquête nutritionnelle réalisée sur les 2 provinces à la demande de l'UNICEF. IMC partagera les résultats de cette enquête avec les organisations luttant contre la malnutrition dès qu'elle sera disponible.

Des contacts ont été pris avec IMC et le consortium Tubaramure et nous avons convenu d'envisager une coordination lors du lancement du programme du FBSA avec un double objectif : développer une complémentarité sur la période 2013-2014 et capitaliser le travail réalisé par le consortium après 2014 dans le cadre du programme FBSA.

PROPA-O

Le projet de sécurité alimentaire "PROPA-O" (Initiative OMDc1 – 18 M€ - 8 provinces, régions Imbo et Moso – coordination du FIDA) financé par l'UE démarre en 2013 pour une durée de 4 ans.

Il développe une composante amélioration de la situation nutritionnelle des populations, coordonnée par l'UNICEF :

- Renforcement des CDS : formation du personnel et équipement des CDS
- Education nutritionnelle, planning familial et hygiène alimentaire par l'approche communautaire

Des contacts ont été pris avec le FIDA et la délégation de l'Union Européenne et nous avons convenu qu'une coordination est à envisager lors de la mise en œuvre de nos 2 projets. Elle pourrait s'articuler par ciblage géographique ou par blocs d'activité.

PAM

Le PAM se charge de la distribution aux FOSA des intrants nutritionnels et des vivres à destination des enfants malnutris aigus modérés. Une bonne communication et concertation avec les CDS et le PAM devra être prévue afin d'éviter toute rupture de stock dans l'attente de l'opérationnalité des FARN et donc de la prise en charge des enfants malnutris aigus modérés au niveau communautaire.

UNICEF

L'Unicef est un acteur très présent dans la lutte contre la malnutrition au Burundi. Il soutient le DPSHA et le PRONIANUT dans leur travail d'harmonisation des pratiques. Il a développé l'approche FARN au Burundi. Il fournit des intrants nutritionnels aux FOSA via le PAM. Grâce à l'UNICEF, les intrants nutritionnels nécessaires à la prise en charge des enfants malnutris référés par le réseau communautaire renforcé dans le cadre du projet seront donc disponibles. Les besoins en intrants nutritionnels risquent cependant d'augmenter avec le nombre de référencement. Une bonne communication et concertation avec les CDS et le PAM/UNICEF devra donc être prévues afin que ceux-ci puissent être prêts à adapter les quantités dans leur circuit d'approvisionnement. Enfin, l'Unicef va coordonner le volet nutrition du futur projet PROPA-O.

La CR tiendra l'Unicef informé de l'évolution du projet en vue d'un échange de bonnes pratiques.

En ce qui concerne le projet PROPA-O : une coordination des activités est à envisager comme expliqué plus haut.

PNSADR-M

Ce projet de sécurité alimentaire et de développement rural sur la région du Moso est en pré-formulation. Il est financé notamment par le GAFSP et le FIDA. Le budget est à hauteur de 60 millions de dollars pour 8 à 9 ans. Le Minagrie est le partenaire institutionnel. Ce projet n'est pas suffisamment avancé pour l'instant pour commencer une concertation avec cet acteur.

2.6 ANALYSE DES RISQUES ET HYPOTHESES :

2.6.1 Au niveau de l'objectif spécifique

- ***La disponibilité et l'accessibilité alimentaire (en quantité et en qualité) est suffisante sur la zone***
Mesure corrective : Des réunions de coordination et d'échange d'information seront organisées de façon régulière avec les partenaires du Programme FBSA et avec les autres intervenants en sécurité alimentaire de la zone d'intervention, ce qui permettra de faire un suivi de l'avancement des différents programmes et le cas échéant réorienter certaines activités..
- ***Aucune catastrophe ou épidémie ne survient pendant la période du projet.***
Mesure corrective : La Croix-Rouge du Burundi est spécialisée dans la réduction de risques et la gestion de catastrophes et dispose d'équipes décentralisées d'intervention au niveau des provinces (brigadiers d'urgence), des communes (voltigeurs) et des collines (secouristes). Ces équipes sont rapidement mobilisables dans le cas d'une catastrophe et peuvent en collaboration avec le personnel du projet mitiger les effets sur les victimes.
Elle est aussi expérimentée dans la gestion d'épidémies (cholera) et intervient à côté des services de santé étatiques dans la sensibilisation de la population et la prise en charge de cette maladie.
- ***La situation sécuritaire dans les zones du projet ne se dégrade pas et permet une intervention régulière du personnel du programme sur le terrain.*** La zone d'intervention est transfrontalière avec la Tanzanie, il arrive que des groupes armés réfugiés en Tanzanie traversent la frontière par cette zone pour se rendre au Burundi. Mesure corrective : Le projet veille, lors de chaque formation et activité de

sensibilisation, à la diffusion des principes et valeurs humanitaires par les volontaires et les membres des comités Croix-Rouge. Le projet associe les leaders communautaires des communes d'intervention dans la mise en œuvre des activités. Dans le cas où la sécurité du personnel et des volontaires ne pourrait plus être garantie, les activités planifiées du projet pourront être suspendues et/ou replanifiées après concertation avec les partenaires du FBSA.

- **Les autorités locales et services de santé sont actifs et dynamiques dans la mise en œuvre du projet.** Notamment car les activités nutritionnelles ne sont pas évaluées ni valorisées jusqu'à présent dans le système PBF (Financement basé sur la Performance) ce qui a tendance à décourager les prestataires des FOSA à PEC les cas de malnutrition. Mesure corrective : Le projet intègre les différents services de santé au niveau des provinces et des districts sanitaires dans son comité de pilotage. Les TPS, les ASC et les titulaires des FOSA sont intégrés dans la coordination, la mise en œuvre et le suivi du projet. La Croix-Rouge est attentive depuis le départ à une intégration effective des activités du projet dans la planification stratégique des interventions sanitaires à base communautaire réalisée par les médecins de district. Enfin, la Croix-Rouge collaborera avec le PRONIANUT et le DPSHA pour adapter les outils de formation au protocole national et entamera un plaidoyer institutionnel pour que les activités de nutrition soient prises en compte dans le « financement basé sur la performance ».

2.6.2 Au niveau du Résultat 1

- **La synergie d'action entre les partenaires du FBSA est effective et les résultats atteints permettent aux populations d'avoir un accès à de l'eau potable et à une alimentation variée en quantité suffisante.** La construction des sources ou puits d'eau, et l'augmentation de la production agricole n'est pas du ressort de la Croix-Rouge. Si les partenaires du FBSA prennent du retard dans l'exécution de leurs activités ou n'atteignent pas les résultats escomptés, cela pourra avoir un impact sur les aspects nutritionnels du programme gérés par la CR, Mesure corrective : Des réunions de coordination et d'échange d'expériences seront organisées de façon régulière entre les différents partenaires du Programme, ce qui permettra de faire un suivi de l'avancement des différentes composantes du Programme et le cas échéant réorienter certaines activités. Par ailleurs les messages de sensibilisation seront adaptés au contexte local, en tenant compte de l'état d'avancement des projets des autres partenaires.

2.6.3 Au niveau du Résultat 2

- **Les FOSA ont les ressources humaines et matérielles pour fournir les méthodes contraceptives et les moustiquaires de routine ainsi que pour prendre en charge les consultations prénatales.** Ces aspects sont pris en charge en grande partie par les programmes verticaux du Ministère de la Santé (MSPLS). Il est notamment prévu une campagne de distribution de moustiquaires à grande échelle en 2014. Si des ruptures de distribution venaient à survenir, cela pourrait empêcher la bonne mise en œuvre des mesures préventives prônées par le projet. Mesure corrective : Si cela s'avère nécessaire, d'autres intervenants seront approchés lors de la mise en œuvre du projet.
- **La synergie d'action entre les partenaires du FBSA est effective et les résultats atteints permettent aux populations d'avoir un accès à de l'eau potable.** voir R1
- **Les croyances religieuses n'empêchent pas la planification familiale.** Mesure corrective : les autorités religieuses seront sensibilisées et sollicitées pour sensibiliser leurs fidèles à la planification familiale, par les méthodes naturelles ou l'utilisation du préservatif.

2.6.4 Au niveau du Résultat 3 :

- **Les communautés sont réceptives et adhèrent au concept de déviance positive.**
Le risque ici est que le concept de déviance positive soit mal perçu par les communautés ou par les familles d'enfants malnutris qui pourraient se sentir stigmatisées. Mesure corrective : Une attention particulière sera donnée à la formation des personnes en charge du recrutement des mamans lumières comme déviants positifs, afin de les outiller pour la présentation du concept aux communautés. Si malgré cela la communauté était toujours réticente, nous envisagerons des visites d'échange d'expérience des responsables du projet auprès de FARN qui fonctionnent dans d'autres zones du pays.
- **Les FOSA ont les capacités humaines et matérielles pour prendre en charge conformément au Protocole National les cas de malnutrition qui leur seront référés.** Les évaluations préliminaires et les propositions de réhabilitation des médecins de district montrent qu'un pourcentage important des FOSA n'est pas fonctionnel dans la PEC de la malnutrition : insuffisance de compétences des prestataires des services de PEC nutritionnelle, manque de matériel et de locaux, non accès à l'eau potable. Or, si les cas de malnutrition modérée peuvent être pris en charge au niveau communautaire, selon le Protocole National, les cas sévères doivent être référés auprès des FOSA. L'expérience sur d'autres programmes similaires montre que les sensibilisations et le dépistage communautaire incitent les populations à avoir recours de manière plus fréquente aux structures sanitaires. Si ces dernières ne sont pas en mesure d'accueillir de façon adéquate les cas de malnutrition qui se présentent, les

populations pourraient être moins réceptives aux messages de sensibilisation et abandonner le programme. De même, les personnes en charge du dépistage et du référencement pourraient également être démotivées sans réponse et retour des CDS à qui ils réfèrent les cas sévères. Le montant alloué par le FBSA pour cette composante est malheureusement insuffisant pour pouvoir rencontrer tous les besoins des prestataires de soin dans la zone.

Mesure corrective : Des partenariats seront envisagés notamment avec le consortium Tubaramure et les projets PROPA-O et PRO-SANUT lors de la mise en œuvre de ces projets afin de rencontrer les besoins des FOSA en matériel et ressources pour assurer la PEC des MAS. Par ailleurs, le projet développé par l'UNCDF dans la cadre du FBSA prévoit de réserver des fonds pour réhabiliter et équiper les FOSA. Enfin, un module de formation sera donné par la Croix-Rouge aux titulaires des FOSA afin de les aider à gérer au mieux leur stock et commande d'intrants nutritionnels et ainsi éviter toute rupture de stock.

- **Les services de santé collaborent avec le Programme FBSA** : voir OS

2.6.5 **Conditions préalables :**

- **Les communautés adhèrent aux objectifs du Programme et du Projet.** La Croix-Rouge du Burundi est présente sur presque la totalité des collines de la zone d'intervention : sur 100% des collines de Gisuru et Cendajuru et sur 89% des collines de Kinyinya. A la fin du projet, la CR sera présente sur 100% des collines des 3 communes. Les volontaires CR sont reconnus comme des acteurs de changement positifs au sein de la communauté. Enfin, la Croix-Rouge accordera l'importance nécessaire à la phase d'information et de présentation du projet aux leaders communautaires ainsi qu'à leur mobilisation tout au long du programme.
- **Un protocole d'entente est élaboré entre le projet et les autorités de santé.** Au titre de relais communautaire et en tant qu'auxiliaire des pouvoirs publics, il convient pour la Croix-Rouge de définir un cadre de collaboration avec le système de santé dans le domaine de la nutrition (PRONIANUT) et de la santé communautaire (DPSHA).

2.7 **PLANNING OPERATIONNEL**

2.7.1 **Présentation des Objectifs, résultats, activités, IOV, source de vérification**

Objectif spécifique 1 :

Les communautés ont les capacités de faire face durablement à la malnutrition, aux maladies et autres problèmes de santé

Résultat 1 :

Les ménages les plus vulnérables des communautés ciblées ont les capacités de nourrir convenablement leurs familles

La priorité d'intervention est la prévention de la malnutrition chronique, enjeu majeur pour le développement à long terme de la force productive du pays. L'ignorance des parents sur les pratiques alimentaires équilibrées joue un rôle prépondérant dans le phénomène de malnutrition chronique. Introduire un changement de comportement est un processus de long terme qui doit être accompagné dans la durée et dans la proximité, dans le cadre d'une relation de confiance qui ne peut trouver sa légitimité qu'en interne à la communauté.

En 2008, The Lancet, dans la série malnutrition maternelle et infantile, a identifié un ensemble d'interventions nutritionnelles à impact élevé et à faible coût qui permettent de réduire de manière efficace l'insuffisance pondérale, le retard de croissance les carences en micronutriments et la mortalité infantile. Ce sont les actions essentielles en nutrition (AEN). L'importance de leur mise à l'échelle a été soulignée en mettant l'accent sur les femmes enceintes et allaitantes.

La Croix-Rouge du Burundi va organiser des formations et recyclages, et des séances de sensibilisation sur cette thématique en se basant sur la formation de soins de lutte contre la malnutrition donnée par le centre de formation de la Croix-Rouge du Burundi à Buyé. Ce centre de formation est reconnu par le MSPLS.

La formation comporte :

- La prise de conscience du problème de la malnutrition
- L'apport de connaissances sur l'hygiène alimentaire
- Le développement et l'exploitation systématique des ressources alimentaires locales
- Les moyens d'améliorer la qualité de l'alimentation avec, notamment, la création de jardins de cuisine.

Une attention particulière sera accordée aux Actions Essentielles en Nutrition (AEN), notamment celle recommandée par le Plan National de Développement Sanitaire au Burundi : l'allaitement exclusif au sein pendant 6 mois.

La Croix-Rouge sera chargée de mettre en place les Comités Collinaire de Nutrition et de Santé (CCNS) composé de volontaires, d'ASC et des autres relais communautaires. A la fin de leur formation et grâce à une supervision formative régulière, ces comités seront en capacité de sensibiliser leurs pairs sur les bonnes pratiques nutritionnelles (Actions essentielles en nutrition). Des jardins de cuisine de démonstration seront aménagés au sein de la communauté afin de soutenir l'appropriation des bonnes pratiques par la communauté.

Les ménages ayant des enfants malnutris et les malades chroniques seront appuyés afin d'améliorer leur accessibilité à des aliments à haute valeur nutritive et ainsi pouvoir appliquer, de manière durable, les bonnes pratiques nutritionnelles diffusées.

Activités pour le résultat 1

R1A1 : Etude de base / enquête CAP et SMART en début, mi-parcours et fin de projet

Ces études permettront d'établir un modèle causal de la malnutrition spécifique à la zone d'intervention, de déterminer la baseline, d'évaluer les profils nutritionnels par colline et les zones prioritaires de mise en place des FARN et d'identifier les déviants positifs au sein de la communauté.

Le projet a prévu ces enquêtes en début de projet afin de disposer des données de base, à mi-parcours (pour l'enquête SMART uniquement) et en fin de projet afin d'évaluer les effets des différentes contributions du programme du FBSA. Les CCNS participeront à ces études et à leur mise à jour.

R1A2 : Mise en place d'un processus de formation - recyclage des sections jeunesse CR et des comités collinaires de Nutrition et de Santé (CCNS) en techniques de communication et d'animation, et des CCNS en promotion des bonnes pratiques de nutrition, dont les AEN

Cette activité se déroule en 4 étapes :

- Adaptation des modules de formation du centre de formation en soin de lutte contre la malnutrition de Buyé en collaboration avec des représentants du PRONIANUT et du DPSHA afin de respecter le protocole national et le PDNS ; Alignement des messages de sensibilisation (boîtes à image) sur les directives du DPSHA
- Formation de formateur - recyclage des comités de coordination communaux en techniques de communication et d'animation, et en promotion des bonnes pratiques de nutrition, dont les AEN
- Formation - recyclage donnés par les comités de coordination communaux aux membres des sections jeunesse CR en techniques de communication et d'animation
- Formation - recyclage donnés par les comités de coordination communaux aux comités collinaires de Nutrition et de Santé (CCNS) en techniques de communication et d'animation, et en promotion des bonnes pratiques de nutrition, dont les AEN

R1A3 : Dotation des CCNS et des sections jeunesse CR en matériel didactique et de visibilité (boîtes image, T-shirts, dépliants, panneaux, etc.)

Tous les CCNS et les sections jeunesse seront dotés d'outils de sensibilisation et de visibilité. Les outils de sensibilisation seront conformes aux outils promus par le DPSHA. Les outils de visibilité seront élaborés avec les autres organisations composantes du FBSA.

R1A4: Elaboration et mise en œuvre d'un plan de communication : réalisation des séances IEC/CCC et d'activités de promotion au niveau communautaire des bonnes pratiques de nutrition (notamment via les groupements pré-coopératifs soutenus par CSA/Capad)

Il s'agira de concours, organisation de causeries, projection de films, ateliers/débats, théâtre-forum, éducation par les pairs, démonstration culinaire, de conservation des aliments, recettes équilibrée à partir des aliments locaux,...

R1A5 : Appui des plus vulnérables afin d'améliorer leur accessibilité à des aliments à haute valeur nutritive

Les mamans ayant des enfants malnutris seront référées vers Caritas/Soprad et WSM/Agakura/Adisco, afin de recevoir un appui à l'augmentation du revenu et de la production.

La Croix-Rouge accompagnera les ménages les plus vulnérables ayant un enfant malnutri, non soutenus par une autre organisation, en jardin de cuisine et petit bétail. Les jardins de cuisine sont riches en micro-nutriments (sels minéraux et vitamines) et leur culture est réalisable par des ménages ayant des superficies de terre limitées.

L'aménagement de ces jardins de cuisine sera accompagné par les agronomes de Caritas/soprad et sera basé, à prix et qualité égal, sur les intrants/semences vendus par les producteurs soutenus par Louvain Développement et Ucode. La dotation d'une chèvre par famille, selon le principe des chaînes de solidarité, permettra à ces familles d'avoir du fumier pour les jardins de cuisines. Ces jardins permettront aux mamans de pouvoir mettre en pratique les conseils nutritionnels reçus des CCNS. La vulnérabilité des ménages sera déterminée par les volontaires Croix-Rouge de chaque colline suivant des critères objectifs.

L'appui aux malades chroniques consiste en l'aménagement d'un jardin de cuisine pour chaque malade chronique et un appui en petits animaux (porc, chèvre, poule) via les associations de malade chroniques. L'appui en petits animaux permettra la constitution de chaîne de solidarité afin que chaque malade chronique ait une chèvre / un porc au choix et des poules. Cet appui s'inscrit dans une vision durable d'amélioration de l'état nutritionnel des malades chroniques. Les associations de malades chroniques seront suivies pendant le projet par les Comités de Coordination communaux. Ces derniers s'assureront du fonctionnement des chaînes de solidarité en petits animaux et du bon usage des jardins de cuisine.

R1A6 : Aménagement de jardins de cuisine de démonstration au niveau des FARN (accompagnés par les agronomes de Caritas/soprad) (à partir des intrants et des semences vendus par les producteurs soutenus par LD/Ucode). Des jardins de cuisine de démonstration composés de variétés riches en micro-nutriments (sels minéraux et vitamines) seront réalisés au sein des FARN afin d'illustrer les conseils donnés aux mamans. **La sensibilisation des mamans à la bonne préparation de la nourriture se fera via les FARN, lors des démonstrations culinaires. Le projet s'alignera donc sur l'approche FARN, telle que décrite dans le guide de gestion des FARN et promue par la PRONIANUT. La bonne conservation des aliments est mentionnée et abordée dans ces modules, mais l'accent sur les aspects de cuisson-conservation afin de préserver les micronutriments pourrait y être renforcé. Une attention particulière sera portée à ces aspects lors des séances d'adaptation des outils qui seront faites en début de programme avec les représentants du PRONIANUT et de la DPSHA (R3A5). Au niveau de projet, la promotion des foyers améliorés au sein des FARN et des ménages, en collaboration avec les autres partenaires, permettra déjà de cuire les aliments moins longtemps et donc de préserver plus de micronutriments. La Croix-Rouge veillera à intégrer également ces aspects lors des séances de démonstration culinaire ainsi que de conservation des aliments qui viseront l'ensemble de la communauté dans le cadre de la mise en œuvre du plan de communication (R1A4).**

Résultat 2 :

Les ménages des communautés ciblées développent des comportements et habitudes démontrées efficaces dans la lutte contre les maladies et autres problèmes de santé

L'ignorance des parents sur les bonnes pratiques de santé et de planification familiale joue aussi un rôle prépondérant dans le phénomène de malnutrition chronique.

L'UNICEF définit un package de pratiques à promouvoir au niveau des familles et de la communauté, les Pratiques Familiales Essentielles (PFE) qui comprennent les actions essentielles en nutrition (AEN) et d'autres pratiques de santé plus globales.

La Croix-Rouge du Burundi va organiser des formations et recyclages, et des séances de sensibilisation sur ces thématiques en utilisant la méthodologie des Premiers secours et santé à base communautaire (PSSBC) et de l'Assainissement Total Piloté par la Communauté (ATPC).

Le PSSBC permet d'aborder la prévention des maladies et la promotion de la santé selon une approche développée par le Mouvement Croix-Rouge qui a fait ses preuves et dont la pierre angulaire est les volontaires Croix-Rouge vivant dans les communautés. La CRB possède une boîte à outils standardisant la mise en œuvre de l'approche.

Le choix des modules du PSSBC, sera conduit de manière participative par les CCNS et les SJ CR auprès de la communauté et basée sur les résultats des enquêtes CAP et SMART et sur la définition avec la communauté des problématiques et des changements à réaliser en lien avec les problèmes de santé, l'hygiène et l'assainissement. La durée du programme (5 ans) permettra le choix de modules de sensibilisation différents par années, parmi les modules suivants :

- La planification familiale
- La maternité sans risque
- Les soins du nouveau né
- La vaccination
- L'eau, l'hygiène et l'assainissement
- La diarrhée et la déshydratation
- Les infections respiratoires aiguës
- La lutte contre le paludisme
- Les VIH et les infections sexuellement transmissibles
- La tuberculose

Une attention particulière sera accordée à la diffusion des Pratiques Familiales Essentielles (PFE). Parmi ces pratiques, celles particulièrement recommandées par le Plan National de Développement Sanitaire au Burundi : planification familiale, lavages des mains aux moments critiques, 3 Consultations Prénatales (CPN), utilisation des moustiquaires imprégnées (MII).

La sensibilisation aux bonnes pratiques d'hygiène et assainissement à travers l'approche ATPC est privilégiée afin de répondre au besoin en latrines des ménages de la zone d'intervention. L'ATPC est une méthode innovante, qui permet de mobiliser la communauté pour l'auto-construction de latrines en sensibilisant ses membres aux risques liés à la défécation à l'air libre sur la santé. Ces communautés sont appuyées pour réaliser leurs propres évaluations et analyses et prendre leurs propres mesures pour parvenir à mettre fin à ces mauvaises pratiques. Cette nouvelle méthodologie est promue par le gouvernement burundais.

Tout comme pour le résultat 1, la Croix-Rouge sera chargée de former les Comités Collinaires de Nutrition et de Santé (CCNS). A la fin de leur formation et grâce à une supervision formative régulière, ces comités seront en capacité de sensibiliser leurs pairs sur les PFE et l'hygiène et l'assainissement, autant de pratiques qui favorisent la prévention de la malnutrition chronique et aigüe.

En ce qui concerne la planification familiale, la Croix-Rouge propose de mener les actions de sensibilisation et de promotion directement au sein de la communauté à destination de toutes les générations en âge de procréer, aussi bien les hommes que les femmes. La Croix-Rouge du Burundi, consciente de la pression démographique, a déjà intégré dans ses interventions de manière systématique et transversale la question de la planification familiale et possède donc les outils de formation et de sensibilisation nécessaires. Cette sensibilisation sera accompagnée par des postes de stratégie avancée en planification familiale des CDS au sein de la communauté.

R2A1 : (cf R1A2) Mise en place d'un processus de formation - recyclage des sections jeunesse CR et des comités collinaires de Nutrition et de Santé (CCNS) en prévention des maladies, promotion de la santé et en hygiène et assainissement, avec un accent particulier sur les Pratiques Familiales Essentielles (PFE) suivantes : Planning Familial, lavage des mains aux moments critiques, 3 Consultations Pré-Natales (dont une au premier trimestre), utilisation de Moustiquaire Imprégnée d'Insecticides

Cette activité se déroule en 4 étapes :

- Adaptation des modules de formation du PSSBC en collaboration avec des représentants du DPSHA afin de respecter le protocole national et le PDNS ; Alignement des messages de sensibilisation (boîtes à image) sur les directives du DPSHA ; élaboration d'un module de sensibilisation d'une journée à la bonne utilisation de l'eau
- Formation de formateur - recyclage des comités de coordination communaux en prévention des maladies, promotion de la santé et hygiène et assainissement, dont les PFE (PSSBC et ATPC)
- Formation - recyclage donnés par les comités de coordination communaux aux comités collinaires de Nutrition et de Santé (CCNS) en prévention des maladies, promotion de la santé et hygiène et assainissement, dont les PFE (PSSBC et ATPC)
- Formation - recyclage donnés par les comités de coordination communaux aux membres des sections jeunesse CR en prévention des maladies et promotion de la santé (PSSBC)

R2A2 : (cf. R1A3) Dotation des CCNS et des sections jeunesse CR en matériel didactique et de visibilité (boîtes image, T-shirts, dépliants, panneaux, etc.)

Tous les CCNS et les sections jeunesse seront dotés d'outils de sensibilisation et de visibilité. Les outils de sensibilisation seront conformes aux outils promus par le DPSHA. Les outils de visibilité seront élaborés avec les autres organisations composantes du FBSA.

R2A3 : (cf. R1A4) Elaboration et mise en œuvre d'un plan de communication intégré.

Réalisation de séances IEC/CCC et d'activités de promotion au niveau communautaire : sensibilisation à l'hygiène et assainissement selon la méthode ATPC et sensibilisation en prévention des maladies et promotion de santé selon la méthode PSSBC (notamment via les groupements pré-coopératifs soutenus par CSA/Capad).

La sensibilisation passera par des concours, l'organisation de causeries, la projection de films, des ateliers/débats, du théâtre-forum, l'éducation par les pairs, des scénettes, concours ménages modèles,....

Cette activité est cruciale car la stratégie de communication reposera sur ce plan. Le choix des modules du PSSBC, à la base du plan de communication, sera conduite de manière participative par les CCNS et les SJ CR auprès de la communauté et basée sur les résultats des enquêtes SMART et CAP et sur la définition avec la communauté des problématiques et des changements à réaliser en lien avec la nutrition, l'hygiène et l'assainissement, à destination des jeunes, des hommes et des femmes.

Le plan d'action s'adressera aussi aux personnes influentes en matière de planification familiale, surtout celles qui pourraient faire obstacle si elles n'y prenaient pas part, notamment les autorités sanitaires, politico-administratives et religieuses.

Le plan de communication comprendra également l'appui à l'UNCDF dans l'organisation de sensibilisation des leaders communautaires, des comités de gestion de l'eau et de la communauté à la bonne utilisation de l'eau. La Croix-Rouge fournit une expertise à l'UNCDF qui organise les sensibilisations auprès des différentes parties prenantes, avant, pendant et après la mise en place d'adduction / de sources d'eau potable par l'UNCDF.

R2A4 : Fabrication, distribution et mise en place de dispositifs de lavage de mains de démonstration et aménagement de latrines pour les plus vulnérables

Les dispositifs de lavage de mains sont faciles à utiliser et à fabriquer au sein de la communauté. Ils permettront d'améliorer l'hygiène environnementale et de sensibiliser les ménages aux gestes simples qui permettent de prévenir la propagation de maladies. Les communautés seront encouragées à se mobiliser pour répliquer de tels dispositifs.

2.500 san-plats seront fabriquées et distribuées aux ménages les plus vulnérables. Des latrines seront aménagées par la communauté à l'issue de la sensibilisation ATPC.

R2A5 : Appui des postes de stratégie avancée en planification familiale des CDS au sein de la communauté

Les CDS seront appuyés en carburant pour organiser des postes de stratégie avancée de PF au sein de chaque colline afin de faciliter l'accès aux contraceptifs aux hommes et femmes en âge de procréer. Ces contraceptifs sont mis à disposition de la population gratuitement par le MSPLS. Cette activité sera précédée ou concomitante aux activités de sensibilisation à la planification familiale des CCNS.

Pour optimiser ces postes de stratégie avancée, une formation complémentaire sur les méthodes contraceptives de 3 jours sera proposée aux FOSA. Un recyclage aura lieu tous les ans. Ce module de formation est déjà donné par le centre de formation en soin de lutte contre la malnutrition géré par la CR du Burundi à Buye.

Résultat 3

Les cas de malnutrition sont dépistés et pris en charge convenablement par les communautés et les FOSA

Le projet se propose de renforcer les capacités de la population afin qu'elles puissent dépister les cas de malnutrition chronique et aigue et prendre des mesures précoces et adéquates.

Le projet soutient l'application du protocole national de PEC de la malnutrition aigue qui prévoit la PEC des MAS au niveau du FOSA et la PEC des MAM au niveau communautaire à travers les FARN.

Les FOSA seront renforcés par la formation du personnel de soins, par la fourniture de matériel anthropométrique et par l'amélioration du lien avec la communauté grâce à un système de référence / contre référence des cas de malnutrition aiguë sévère (MAS) vers les centres de prise en charge nutritionnelle et leur suivi par la communauté.

La prise en charge des enfants malnutris aigus modérés au niveau communautaire à travers les FARN va être mise en place sur la zone d'intervention Croix-Rouge, en fonction des besoins de PEC des enfants MAM identifiés lors de l'enquête SMART et des résultats des séances de dépistage menées au niveau communautaire.

L'approche de Déviance Positive/Foyer d'apprentissage et de Réhabilitation Nutritionnelle (DP/FARN), une des composantes de la NAC, s'inscrit dans la perspective de remplacer progressivement les services de prise en charge de la malnutrition modérée qui sont assurés au niveau des centres de santé (au Service de Supplémentation Nutritionnelle). Cette approche valorise les solutions locales (aliments locaux disponibles et abordables) et les ressources disponibles pour résoudre le problème de la malnutrition. Le DP/FARN pourra cibler les groupes les plus vulnérables par installation dans les collines les plus isolées et dans les zones sans couverture des autres services nutritionnels comme le SSN. Si un FARN doit être installé dans une zone où un SSN existe, une attention particulière sera portée à la bonne concertation et communication avec les autorités de santé, afin que celles-ci puissent évaluer la nécessité de supprimer progressivement ce SSN qui serait devenu superflus au niveau du CDS de par l'action communautaire.

Une évaluation réalisée en fin 2008 a relevé que la stratégie basée sur la « Déviance Positive » a été très bien acceptée par les populations car ses effets sont directs et concrets; les enfants malnutris gagnent du poids au sortir des foyers et le changement de comportement et de mentalité s'opère progressivement au sein de la population.

Après 2 semaines de supplémentation en aliments à haute teneur énergétique, les enfants deviennent plus vigoureux et leur appétit augmente. Des changements visibles chez l'enfant, ajoutés à la méthode de l'apprentissage par « l'action » (learning by doing) donnent confiance au responsable de l'enfant dans sa capacité à bien nourrir et à prendre soin de son enfant, à rechercher les soins appropriés et les bonnes pratiques d'hygiène.

Les séances foyers de 12 jours seront suivies par des visites à domicile des familles ayant des enfants réhabilités dans les FARN, par les volontaires des CCNS, pour soutenir les responsables des enfants dans l'adoption des nouveaux comportements (soins de l'enfant, hygiène, alimentation et de recours aux soins de santé) et pour se rendre compte de la poursuite de l'amélioration de l'état nutritionnel des enfants à la maison.

Les caractéristiques d'un FARN sont :

- Un site FARN doit accueillir un nombre d'enfants malnutri compris entre 8 à 12 enfants, au cas où le nombre total varie entre 16 et 24 cas, ouvrir deux sites FARN.

- Les mesures d'ouverture devront respecter les mesures d'éligibilité pour chaque communauté selon les critères du guide de fonctionnement FARN.
- Il faudra une disponibilité des produits alimentaires locaux et de l'eau potable
- Disponibilité de l'espace suffisant avec de l'ombrage pour accommoder une vingtaine de personnes (soleil et ou pendant la saison de pluie)
- Présence de latrines, de compost et de place pour sécher les ustensiles de cuisine
- Le site du FARN doit être situé dans un endroit accessible à tous (moins d'un km de parcours) au niveau de la colline
- Disponibilité et présence des mères participantes, de mamans lumières formées et ainsi que des animateurs communautaires volontaires et bénévoles (ASC).
- Deux mères lumières par foyer FARN
- La présence d'un dispositif de lavage de mains

Activités pour résultat 3

NIVEAU FOSA

R3A1 : Formation des prestataires de soins des FOSA dans le dépistage et la prise en charge des cas de malnutrition

34 prestataires de soins seront formés pour 15 CDS et 2 SST. La formation sur le dépistage et la PEC de la malnutrition dure 5 jours, elle respecte le protocole de PEC de la malnutrition. Un recyclage aura lieu tous les ans. Ces modules de formations sont déjà donnés par le centre de formation en soin de lutte contre la malnutrition géré par la CR du Burundi à Buye.

Des visites de supervision seront effectuées par les formateurs, conjointement avec (autorités de santé qui gère CDS) afin d'évaluer le niveau de compétence des personnes formées et donc les besoins de recyclage. Ces supervisions conjointes permettront aux autorités de santé de connaître le niveau de leur CDS et de promouvoir éventuellement la formation par les pairs pour étendre à d'autres CDS.

Les aspects de gestion et d'analyse des données statistiques sanitaires (SIS) et de gestion des commandes et des stocks d'intrants nutritionnels, afin d'éviter les ruptures de stock, seront abordés de manière transversale lors de ces formations.

R3A2 : Dotation des FOSA en matériel anthropométrique et matériel de sensibilisation ; création d'un stock de contingence d'intrants et de médicaments

Le projet remplacera le matériel anthropométrique (balance, pèse-bébé, toise, MUAC) usagé des FOSA.

Dotation des appareils téléviseurs et magnétoscope plus CD pour la sensibilisation sur différents thématiques (VIH, PF, Malnutrition)

R3A3 : Mise en place d'un mécanisme de contre-référence des CDS vers les communautés ; suivi et accompagnement des enfants MAS soignées vers les FARN, recherche et abandon

Tout enfant MAS soigné qui quitte le STA sera référé par les CDS et suivi par le CCNS afin de s'assurer qu'il est PEC par les FARN. Un appui en carburant sera fait à cet effet aux CDS.

R3A4 : Sélection, en concertation avec l'UNCDF, des CDS qui bénéficieront d'un appui en termes d'accès à l'eau, de construction, de réhabilitation et équipement

Une liste des besoins de construction et de réhabilitation des FOSA de la zone d'intervention a été rédigée par les médecins de districts sanitaires et communiquée à l'UNCDF.

La CR a actuellement priorisé les besoins suivants :

- Réhabilitation du Service de stabilisation thérapeutique (SST) de Cankuzo et équipement de 20 lits et 20 matelas. Cendajuru fait partie du district sanitaire de Cankuzo. L'hôpital de Cankuzo dispose actuellement d'un SST construit en bois, régulièrement inondé en cas de forte pluie, qui permet de prendre en charge les cas de malnutrition aiguë sévère (MAS) avec complication de la commune de Cendajuru.
- Accès à l'eau potable de l'hôpital de Kinyinya
- Construction du Service stabilisation thérapeutique à Gisuru, et équipement : 20 lits et 20 matelas. Les cas de MAS avec complication de la commune de Gisuru sont actuellement référés au SST de Kinyinya. Cependant certaines collines de la commune de Gisuru sont à plus de 70 kms du SST de Kinyinya. Afin de faciliter la prise en charge des MAS avec complication de la commune de Gisuru, il semble opportun de construire un SST à Gisuru.
- Accès à l'eau potable des CDS de la zone d'intervention (installation de SCEP)

Cette liste sera affinée en concertation avec les médecins de districts sanitaires et l'UNCDF en fonction de l'enveloppe budgétaire disponible par cette dernière.

NIVEAU COMMUNAUTAIRE

R3A5 : Mise en place d'un processus de formation - recyclage des comités collinaires de Nutrition et de Santé (CCNS) en dépistage, référence et PEC communautaire et formation spécifique des mamans lumières sur les activités FARN conformément au Protocole National

Cette activité se déroule en 4 étapes :

- Adaptation des outils de formation FARN en collaboration avec les représentants du PRONIANUT et de DPSHA
- Formation de formateur - recyclage des comités de coordination communaux en dépistage, référence et PEC communautaire des cas de malnutrition selon le protocole national
- Formation - recyclage donnés par les comités de coordination communaux aux CCNS en dépistage, référence et PEC communautaire des cas de malnutrition
- Formation spécifique des mamans lumières sur les activités FARN conformément au Protocole National

R3A6 : Appui en matériel (MUAC, boîtes à image) des activités de dépistage hebdomadaire de routine de SPC (Suivi promotionnel de la croissance) réalisées par les CCNS

Les activités de SPC (MUAC et pesée) seront menées régulièrement par les CCNS afin de toucher l'ensemble des enfants des communautés ciblées. Certaines activités de SPC se tiendront lors d'interventions de mobilisation sociale sanitaire (p.e : lors des séances de vaccination), d'autres séances de SPC seront organisées à proximité des lieux d'implantation des FARN. Cette activité est essentielle afin de dépister les cas de malnutrition chronique et aigue au sein de la communauté. Suite à cette activité, les enfants malnutris chroniques seront référés vers les CCNS et les partenaires (voir R1A5), les enfants malnutris aigus modérés seront référés vers les FARN, les enfants malnutris aigus sévères vers les FOSA (voir R3A8).

R3A7 : Identification et sélection des mamans lumières, mise en œuvre des FARN gérés par les mamans lumières dans le cadre des CCNS, selon les normes établies ; dotation des FARN en matériel ; évaluation des besoins spécifiques de construction et d'équipement des FARN en concertation avec l'UNCDF

A la suite de l'étude de base, l'implantation des FARN commencera sur la zone d'intervention prioritaire Croix-Rouge, dans des endroits accessibles (moins d'1 km des bénéficiaires) selon les normes établies. L'implantation se poursuivra tout au long des 5 ans en fonction des besoins de PEC des enfants MAM identifiés lors des enquêtes SMART et suite aux séances de SPC. La construction et l'aménagement des FARN seront financés par le guichet 1 mis en place par L'UNCDF.

156 mamans lumières seront quant à elles identifiées et sélectionnées au début du programme avec l'étude sur les déviants positifs. Elles rejoindront et feront parties intégrantes des CCNS. Elles géreront les FARN (2 mamans lumières par FARN) dans le cadre des CCNS et participeront à la fois à l'atteinte des objectifs du résultat 1 et du résultat 2.

Caritas et Soprad, là où c'est possible, installeront des foyers améliorés dans les FARN ou chez les mamans lumières, afin de favoriser la diffusion de cette technique.

Les FARN feront la promotion des semences améliorées produites avec l'appui de LD/Ucode lors des séances de démonstration culinaire.

R3A8 : Mise en place d'un mécanisme de référence vers les CDS, appui pour le transfert des MAS vers les FOSA, appui en mutuelle de santé des enfants MAM et MAS et de leur famille, appui des nouveaux comportements par des visites à domicile, recherche et abandon

Les CCNS seront équipés de registre de dépistage des cas de malnutrition et de fiches de référence/contre-référence FARN-CDS. Les FOSA seront appuyés en carburant pour transporter les enfants MAS. L'achat d'une ambulance est prévue pour renforcer les capacités de transfert des FOSA du district sanitaire de Kinyinya très étendu et sous-équipé. Le projet financera les cartes de mutuelle de santé (CAM) des familles des enfants MAS et MAM. La Croix-Rouge sensibilisera ces familles à l'importance de l'affiliation à la mutuelle de santé après le projet. Un financement dégressif sera instauré en année 4 et 5 du projet afin que ces familles participent progressivement au financement de la CAM dans l'objectif de la financer complètement après le projet.

Enfin, les CCNS réaliseront le suivi des familles des enfants sortis des FARN pour limiter les **rechutes et les abandons. Concrètement, pour chaque enfant pris en charge au niveau des FARN et/ou des CDS, les volontaires des CCNS effectueront des visites à domicile régulières (hebdomadaire) afin de constater la mise en pratique des conseils prodigués au sein des FARN et s'assurer de l'état de l'enfant afin de prévenir les rechutes. Dans le cas où l'abandon d'un enfant entré dans le programme est constaté, les volontaires effectueront également des visites à domicile afin de comprendre la raison de l'abandon et trouver des solutions avec les familles afin de réintégrer l'enfant dans le programme.**

R3A9 : Appui à l'autonomisation des unités collinaires et des comités communaux Croix-Rouge par des IGR et l'auto-construction de bureaux communaux afin d'assurer la durabilité du fonctionnement des FARN

La CR du Burundi a mis en place une stratégie d'encadrement et d'autonomisation progressive de ses Unités Collinaires (UC), des Comités Communaux CR et des branches CR au niveau des provinces.

Cette autonomisation opérationnelle et financière, primordiale pour assurer la durabilité des activités CR, passe par un appui aux Initiatives génératrices de Revenu (IGR) développées par les UC, par un appui à l'auto-construction de bureaux communaux et par l'appui des branches en Activités Génératrices de Revenu.

En année 4 et 5 du projet, les financements de la sensibilisation, du dépistage et du fonctionnement des FARN par le projet seront progressivement réduits et remplacés par les revenus des IGR des UC CR.

Les membres des Unités Collinaires Croix-Rouge de la zone d'intervention continueront après le projet à sensibiliser la population aux bonnes pratiques de nutrition, hygiène et assainissement, et santé, dont la planification familiale. Cette sensibilisation se réalisera avec les ASC sous la supervision des TPS et des comités communaux CR.

Les mamans lumières et les membres Croix-Rouge des CCNS continueront le dépistage et la référence des malnutris aigus et la gestion des FARN pour la PEC et le suivi des malnutris aigus modérés. Ces activités seront réalisées avec les ASC sous la supervision des TPS et des comités communaux CR.

Ces activités pourront être menées grâce aux revenus générés par les IGR des UC CR.

L'appui à l'auto-construction de bureaux communaux des Comités Communaux CR permettra à ceux-ci de disposer d'une adresse physique et facilitera leur travail d'appui aux UC CR.

Enfin, l'appui aux branches CR leur permettra de continuer à encadrer les activités des Comités communaux CR après la fin du projet.

2.8 CHOIX ET DESCRIPTION DU PARTENAIRE

2.8.1 Description du partenaire : la Croix-Rouge du Burundi

La Croix Rouge du Burundi est une société de secours volontaire, autonome, auxiliaire des pouvoirs publics dans les interventions humanitaires. Elle a été créée conformément aux conventions de Genève de 1949 et des Protocoles Additionnels de 1977, auxquels la République du Burundi a souscrit et des Principes Fondamentaux du Mouvement. La Société nationale joue pleinement son rôle d'auxiliaire des pouvoirs publics. Cette relation est traduite par l'existence d'accords de coopération ou mémorandums d'entente avec un certain nombre de départements ministériels.

Sa mission : Initier et mettre en œuvre des programmes dans le but de prévenir et d'alléger les souffrances humaines par la mobilisation et l'assistance de la communauté à travers tout le pays.

Sa Vision : Etre le leader de l'humanitaire au Burundi en fournissant des services de qualité pour prévenir et alléger les souffrances des plus vulnérables.

En sa qualité d'organisation volontaire, la CRB opère dans toutes les 17 Provinces du pays. Elle dispose d'un vaste réseau de membres/volontaires qui rendent des services aux plus vulnérables de leurs communautés respectives. Les volontaires sont regroupés dans une structure appelée Unité Collinaire. L'adhésion à la CRB est ouverte à tous sans discrimination ni d'ethnie, de religion, de région, de sexe, de classe sociale, d'opinion politique, etc., conformément aux principes fondamentaux du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge.

Au cours de ces dernières années, suite à une initiative globale pour le renforcement des capacités locales lancée par la FICR en 2006, la CR du Burundi a développé ses capacités et son autonomie à long-terme en étendant progressivement son réseau d'unités CR dans les 2.850 collines du pays, soit 98% de la totalité des collines. A ce jour, environ 300.000 volontaires sont mobilisés et, à raison de 3 à 4 heures par semaine et par volontaire, ils offrent ainsi un total de 24 millions d'heures de travail par année aux personnes les plus vulnérables partout dans le pays. Les volontaires prodiguent un soutien social et de santé aux personnes les plus vulnérables des communautés, c'est-à-dire principalement les personnes handicapées, âgées, veuves, orphelins et enfants vulnérables, et les réfugiés qui rentrent au pays. Les activités tournent autour de l'agriculture, la réhabilitation de maisons, le soutien en santé, la collecte de vivres et d'argent, ainsi que de nombreuses autres activités spontanées qui ne sont pas toujours recensées dans les rapports.

L'objectif final de cette dynamique est, à terme, d'assurer une réponse locale aux catastrophes, de diminuer la dépendance à l'aide internationale et de maximiser la portée, l'accès et l'efficacité des projets humanitaires futurs tout en diminuant les coûts de manière significative. Depuis son lancement, cette initiative a illustré l'extraordinaire volonté et capacité des communautés à s'organiser de manière durable pour réduire les vulnérabilités grâce à des services de proximité prodigués en fonctions des ressources disponibles localement. Ce projet est mis en œuvre et est dirigé par la CR du Burundi elle-même, avec un soutien financier et technique initial de ses partenaires du Mouvement CR.

Tous les projets de la CR du Burundi soutenus par la CR de Belgique sont basés sur ce réseau d'unité collinaire, ce qui permet de garantir l'appropriation des projets par les communautés elles-mêmes et ainsi assurer la pérennisation des activités initiées.

La Croix-Rouge du Burundi est auxiliaire des pouvoirs publics burundais dans le domaine de la santé. Elle développe depuis plusieurs années une expérience en santé communautaire intégrée, via l'approche de promotion des premiers secours et santé à base communautaire (PSSBC) et l'Assainissement Total Piloté par la Communauté (ATPC) depuis 2008 dans les provinces de Kayanza, Ngozi, Bujumbura rural, Kirundo et Muyinga.

La Croix-Rouge du Burundi gère depuis juin 2010 un centre de formation, reconnu par le MSPLS, de soin de lutte contre la malnutrition à Buyé. Ce centre dispense des formations à destination des prestataires de soin et des

agents de santé communautaire. Ces formations incluent des modules en prise de conscience du problème de la malnutrition, dépistage des cas de malnutrition, suivi de la croissance, promotion des bonnes pratiques nutritionnelles (alimentation équilibrée et hygiène alimentaire), construction de jardin de cuisine, santé reproductive, gestion et d'analyse des données statistiques sanitaires (SIS).

2.8.2 Description du partenariat

La Croix-Rouge de Belgique appuie les projets de son homologue burundais depuis 2006 dans les secteurs de la préparation et réponse aux catastrophes, la protection de l'enfance et la diffusion des principes et valeurs humanitaires (promotion de la culture de la paix) auprès des jeunes scolarisés.

Cet appui est formalisé par un accord général de partenariat entre les deux sociétés nationales Croix-Rouge. Pour chaque projet, un accord spécifique est développé, précisant entre autres les obligations individuelles et conjointes des deux partenaires ainsi que toutes les règles de bonne gouvernance et de bonne gestion.

Au niveau opérationnel, la Croix-Rouge du Burundi est l'opérateur du projet et en assume la réalisation avec ses équipes techniques. La Croix Rouge de Belgique assure le monitoring et le renforcement des capacités de son partenaire et intervient :

- en appui administratif et logistique à travers un représentant pays au Burundi et le suivi par un desk financier basé au siège à Bruxelles
- en appui technique par le suivi étroit du référent technique nutrition/santé communautaire basée au siège à Bruxelles.
- Un responsable opérationnel basé à Bruxelles assure la coordination des différents appuis sur le dossier et le lien avec les autres partenaires et le FBSA basés à Bruxelles

2.9 METHODOLOGIE

2.9.1 Responsabilités en terme de prise de décision

Le cadre de collaboration entre la CR de Belgique et la CR du Burundi sera décrit dans un accord de partenariat spécifique au projet, qui définira les procédures de gestion et fixera les niveaux de prise de décision.

- La CR de Belgique est signataire de la convention avec le FBSA et responsable vis-à-vis de ce dernier, elle joue un rôle d'appui-conseil envers la CR du Burundi dans la mise en œuvre du projet. Elle est responsable de l'atteinte de l'objectif et des résultats et de la bonne utilisation des fonds.
- Les deux partenaires collaborent étroitement dans la conception du projet (évaluation ex-ante, analyse du problème, définition des objectifs et du cadre logique, dispositions administratives, ressources humaines et budget). Les documents du projet sont entérinés par les deux partenaires par consensus et constituent la base de travail pour la mise en œuvre.
- La CR du Burundi est responsable de la mise en œuvre du projet et prend toutes les décisions opérationnelles et financières qui ne provoquent pas de changement des objectifs ou d'atteinte des résultats et qui restent dans les marges permises de variation budgétaire. Chaque trimestre un comité technique CRB-CRB délibère sur les rapports d'avancement opérationnel et l'exécution du budget ainsi que sur les prévisions pour le trimestre suivant. Les mesures correctives sont prises de commun accord. La planification opérationnelle et budgétaire annuelle est également faite de manière conjointe.
- Des changements qui demandent un réajustement du budget au-delà des variations permises requièrent l'approbation de la CR de Belgique et/ou du bailleur.

2.9.2 Gestion journalière, logistique

Comme mentionné au point précédent, la gestion journalière du projet est entièrement sous la responsabilité de la CR du Burundi (personnel du projet, gouvernance et volontaires CR).

Les systèmes de coordination et de suivi de la CR et du MSPLS se coordonneront à chaque niveau de pouvoir : colline, commune et province. Cela renforcera l'intégration du projet dans le système sanitaire de la zone d'intervention.

Au niveau central à Bujumbura :

Le coordinateur du projet suit l'avancement du projet, crée des synergies avec les autres projets de lutte contre la malnutrition mis en œuvre par la CR du Burundi et assure la communication avec les autorités sanitaires au niveau national. Il participe aux réunions du comité de coordination provincial et au comité de pilotage. Au besoin, il communique conjointement avec le représentant pays de la CRB vis-à-vis du FBSA

Le représentant pays de la CR de Belgique appuie la coordination du projet au niveau central via la participation aux comités techniques. Il est également la personne de contact pour le FBSA et les autres partenaires belges du programme au Burundi.

Le coordinateur du projet de la CR du Burundi et le représentant pays de la CR de Belgique participent à toutes les activités de coordination du FBSA au niveau central (Bujumbura). Le Chef de département santé et la cheffe des programmes de la CR du Burundi sont également impliqués dans la supervision du présent projet au niveau central.

Au niveau des provinces

Un Comité de coordination est créé par province. Il est constitué de 7 personnes : le coordinateur CR du projet, le Secrétaire Provincial CR, le Point Focal Nutrition CR, le Coordinateur Provincial de Promotion de la Santé (CPPS), le Point focal PRONIANUT du Bureau Provincial de Santé (BPS), le médecin de district et le médecin provincial.

La présidence du Comité de coordination provincial est tenue par le Secrétaire Provincial CR. Les décisions sont prises par consensus. Ce comité de coordination provincial coordonne et suit le travail des Comités de coordination communaux et les activités du résultat 3. Le secrétaire provincial appuyé par le point focal nutrition participe à toutes les activités de coordination du FBSA sur le terrain et le cas échéant au niveau central.

Le Point Focal (PF) Nutrition Croix-Rouge soutient le secrétaire provincial CR dans les activités de planification, de coordination et de suivi du projet. Il a un profil technique en nutrition. Le PF nutrition CR consolide les rapports trimestriels des encadreurs communaux avant de les communiquer au SP CR et au coordinateur du projet.

Au niveau des communes

Un comité de coordination communal est créé par commune. Ces comités de coordination sont constitués de 3 superviseurs par zone administrative : 2 volontaires CR et 1 Technicien de Promotion de la Santé. Il y a 2 zones administratives pour les communes de Cendajuru et Kinyinya et 3 zones administratives pour la commune de Gisuru. L'encadreur communal CR préside le comité de coordination communal. Les décisions sont prises par consensus.

Un TPS est choisi par les siens comme référent communal, il s'occupe du reporting en concertation avec l'encadreur communal CR.

Au niveau des sections jeunes

Actuellement 16 sections jeunes fonctionnent sur la zone d'intervention. Le projet appuiera la création de nouvelles sections jeunes dans les communes, avec un objectif de 12 sections jeunes par commune.

Chaque section jeune choisit en son sein 2 membres pour être actif au sein du projet. Un des deux membres sera responsable du rapportage. Le projet sera attentif à ce que des sections jeunes soient créées au niveau des écoles et aussi au niveau des collines afin de toucher la jeunesse scolarisée et non scolarisée.

Au niveau des collines

Des comités collinaires nutrition et de santé (CCNS) sont constitués sur chaque colline.

Le CCNS est responsable de la mise en œuvre et du suivi des activités sur sa colline. Les fonctions de président et de secrétaire du CCNS sont assurées par les volontaires CR. Les décisions sont prises par consensus.

Les collines sont composées de 2 à 4 sous-collines : les membres du CCNS se répartissent la mise en œuvre des activités par zone géographique (sous-colline), ils travaillent à 2 ou 3 par sous-colline. Si le CCNS ne comporte pas assez de membres pour travailler en binôme par sous-colline, il sera fait appel à des membres CR supplémentaires pour le compléter.

Le processus de constitution des CCNS et la qualité de ses membres est primordial pour la réussite du projet et son intégration dans la communauté. Le CCNS est constitué en 4 étapes :

1. Présentation des objectifs et des activités du projet aux présidents des Unités collinaires (UC). Les présidents des UC rapportent auprès de leurs membres. Les volontaires CR choisissent par colline en leur sein une personne pour être président(e) et une autre pour être secrétaire du CCNS. Ces 2 volontaires participent aussi à la mise en œuvre et au suivi des activités. Ces volontaires CR doivent répondre aux conditions suivantes pour être membres des CCNS :
 - Avoir des capacités de planification, de coordination et de suivi d'activités
 - Avoir des capacités de gestion de réunion et de coordination d'équipe
 - Avoir la possibilité de se disponibiliser pour la mise en œuvre et le suivi des activités
 - Avoir soif de connaissance
 - Savoir lire et écrire
2. Les présidents des UC et les 2 volontaires CR membres des CCNS présentent les objectifs et les activités du projet aux ASC, aux relais et leaders communautaires. Ils les sensibilisent aux principes et

valeurs Croix-Rouge, dont le volontariat. Les parties prenantes – ASC, leader communautaire, relais communautaire- choisissent en leur sein un des leurs pour être actif sur ce projet.

Ces personnes doivent répondre aux conditions suivantes pour devenir membre du CCNS :

- Réaliser les activités à titre bénévole
 - Avoir la possibilité de se disponibiliser pour la mise en œuvre des activités
 - Avoir soit de connaissance
 - Savoir lire et écrire
 - Être intéressé à terme à participer aux activités des Unités Collinaires CR et à devenir volontaire CR, afin d'assurer la durabilité du projet
3. Ce CCNS composé d'en moyenne 5 personnes participe à l'évaluation nutritionnelle des enfants de 0 à 5 ans. Cette évaluation nutritionnelle permet de déterminer les zones d'implantation des FARN, en fonction de la prévalence de la malnutrition dans la communauté sur base des résultats obtenus après la mesure du périmètre brachial.
4. Le CCNS réalise les enquêtes de déviance positive là où les FARN vont être implantés. Il sélectionne les mamans lumières (2 par FARN) qui vont compléter le CCNS. Ces mamans lumières sont identifiées comme déviants positifs parmi les ménages ciblés appartenant à la zone d'implantation FARN. Les mamans lumières doivent répondre aux mêmes conditions que les autres parties prenantes pour faire partie du CCNS.

2.9.3 Suivi-Evaluation

En année 1, une étude de situation de base sera réalisée. A l'issue de cette étude, les valeurs baselines, intermédiaires et finales des IOV du projet seront précisées.

2.9.3.1 Monitoring des activités sur le terrain

Chaque semaine, le CCNS se réunit pour faire le point sur les activités de la semaine précédente, régler les problèmes et planifier les activités de la semaine suivante. Le CCNS rapporte oralement une fois par semaine au comité collinaire Croix-Rouge et par écrit une fois par mois au comité de coordination communal du projet.

Chaque mois, le comité de coordination communal se réunit. Il s'assure sur base du rapport communal que la stratégie de mise en œuvre définie est appliquée par les CCNS et les membres des sections jeunesse CR et permet d'atteindre les objectifs fixés. Il réalise un suivi régulier des activités sur le terrain.

Chaque trimestre

Le point focal nutrition CR consolide les rapports d'activité et de suivi des indicateurs en un rapport provincial et le communique au comité de coordination provincial. Ce rapport porte sur le suivi des activités et des indicateurs.

Le Comité de coordination provincial se réunit tous les trimestres (tous les mois au début). Il s'assure sur base du rapport provincial que la stratégie de mise en œuvre définie est appliquée et permet d'atteindre les objectifs fixés. Il réalise un suivi régulier des activités sur le terrain.

Le coordinateur CR du projet participe aux comités de coordination provinciaux et aux comités de pilotage. Ce dernier se rend sur le terrain tous les trimestres (tous les mois au début) pour un suivi des activités et l'appui aux secrétaires provinciaux et aux points focaux nutrition dans la recherche de solutions à des problèmes rencontrés. Le Coordinateur CR consolide les rapports provinciaux des 2 provinces. Ce rapport porte sur le suivi des activités et des indicateurs. Les rapports de mission complètent ces rapports trimestriels qui constituent avec les rapports financiers les documents de base pour le comité de pilotage du projet et le comité technique trimestriel. Le représentant pays de la CRB peut se joindre à ces missions en cas de besoin.

Chaque trimestre se tient un comité pilotage par province du projet. Ce Comité est composé d'un responsable du PRONIANUT au niveau central, de représentants des autorités publiques, sanitaires et CR provinciales, des leaders d'opinion et les autorités publiques, sanitaires et CR communales, de représentants des organisations de producteurs. Le comité de pilotage est un lieu d'information, de discussion et d'échange, il n'est pas décisionnel. Le secrétaire provincial appuyé par le point focal nutrition fait rapport à ce comité sur le déroulement des activités, l'atteinte des objectifs et le suivi budgétaire. Le comité de pilotage veille particulièrement à l'articulation entre les activités du projet et les programmes des services de santé communautaires et de nutrition dans la zone.

Une fois par an, une mission du référent thématique nutrition du siège de la CR de Belgique appuie l'équipe au Burundi dans l'évaluation des résultats et la réorientation si besoin.

Le suivi des indicateurs relatifs aux pratiques de la communauté (suivi enquête CAP) est réalisé tous les ans par les CCNS au moyen de focus group : PF, allaitement exclusif au sein pendant 6 mois, lavage des mains aux moments critiques, 3CPN (dont une au premier trimestre), utilisation MII.

Une planification opérationnelle annuelle prend en compte les résultats de l'année écoulée dans la planification de la période suivante. Les services de santé et les autorités locales participent également à cette étape. Les étapes intermédiaires (planification annuelle, évaluation à mi-parcours) seront coordonnées avec les autres partenaires du FBSA dans le suivi global du programme.

Une évaluation interne à mi-parcours et une évaluation externe finale mettront en avant les leçons apprises par cette intervention multi-acteurs, multi-secteurs.

2.9.3.2 Procédures administratives et financières

Les procédures administratives et financières de la Croix-Rouge du Burundi sont d'application sur ce projet. Ces procédures respectent la réglementation en vigueur au Burundi.

Plus particulièrement, les procédures d'achat de la Croix-Rouge du Burundi sont d'application sur le projet, elles respectent la réglementation en vigueur au Burundi et sont plus exigeantes que les règles bailleurs du FBSA.

2.9.3.3 Procédures de rapportage administratif, comptable et financier

Rapports techniques :

- Le rapporteur du CCNS, des sections jeunesse et les titulaires des FOSA rédigent des rapports mensuels d'activités.
- L'encadreur communal et le TPS référent communal consolident ces rapports mensuels d'activités dans un rapport communal de suivi des activités et des indicateurs. Chacun le remet à sa hiérarchie - le TPS rapporte au CPPS, l'encadreur communal rapporte au Secrétaire Provincial CR -ainsi qu'aux autres membres du comité de coordination communal.
- Le PF nutrition CR rédige des rapports provinciaux trimestriels de suivi des activités et des indicateurs pour le Comité de coordination provincial et le Comité de Pilotage. Il se base sur les rapports communaux.
- Le coordinateur du projet rédige des rapports trimestriels pour le comité technique avec une analyse des difficultés rencontrées et des solutions proposées.

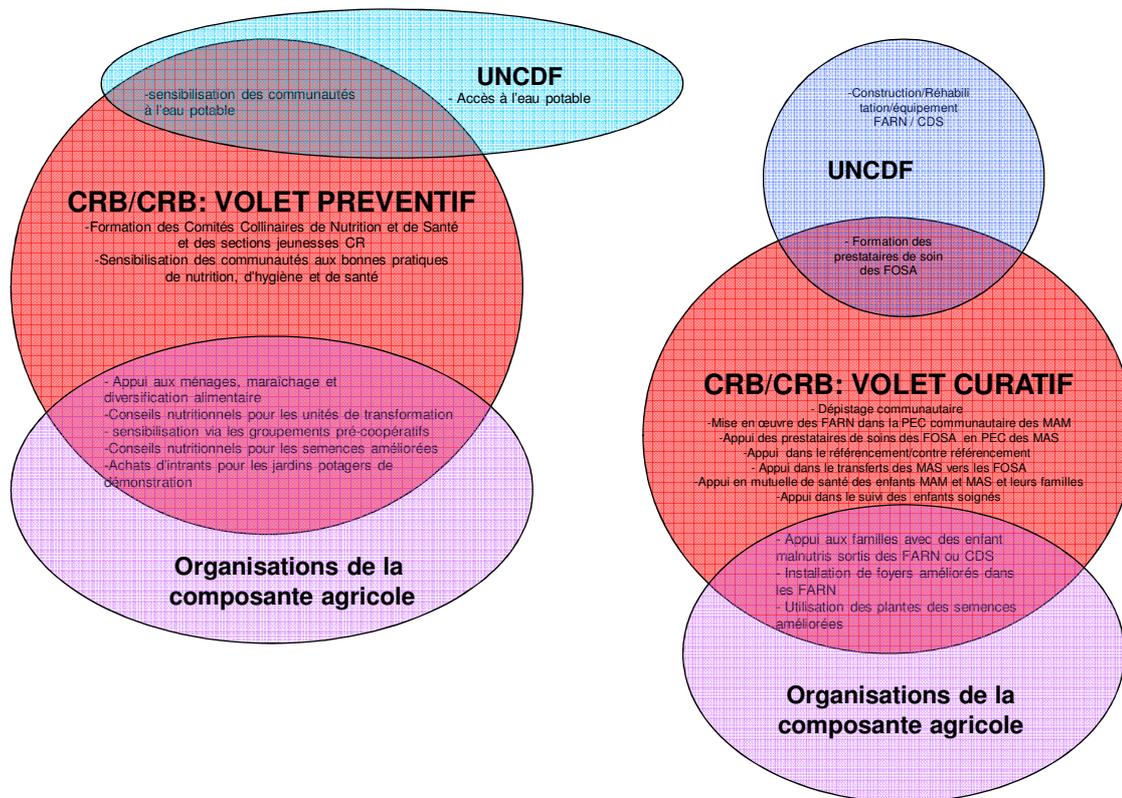
Rapports comptables et financiers :

Un rapport comptable est préparé chaque mois par le comptable provincial de la CR. Il est soumis pour approbation au comptable du siège de la CR du Burundi.

Le rapport comptable de chaque province est consolidé avec le rapport comptable du siège par le comptable du siège de la CR du Burundi chaque trimestre. Il est analysé par le Comité technique et approuvé par celui-ci. Les rapports financiers trimestriels et les prévisions budgétaires pour le trimestre suivant déterminent la hauteur de l'avance de fonds de la CR de Belgique à la CR du Burundi à justifier par la suite.

2.9.4 Synergie à développer avec les autres acteurs du programme

Les synergies avec les autres partenaires du FBSA peuvent être schématisées selon le diagramme suivant.



La Croix-Rouge participera avec les autres partenaires du FBSA à l'**identification de la zone d'intervention** prioritaire de Caritas et Soprad pour l'appui aux ménages des exploitations familiales intégrées. La Croix-Rouge sera particulièrement attentive à ce que la prévalence de la malnutrition soit un des critères de choix retenu pour ce ciblage (à travers les résultats de l'enquête SMART).

La CR renforcera ses interventions en synergie avec les partenaires du FBSA :

- Les ménages des exploitations familiales intégrées soutenus par Caritas et Soprad pourront mettre en œuvre les conseils en nutrition prodigués par les volontaires CR afin de diversifier leur alimentation. Les synergies entre les interventions nutritionnelles communautaires (préventif et curatif) menées par la CR et les activités d'auto-développement et de diversification alimentaire menées Caritas et Soprad correspondent à l'approche de **Nutrition à base Communautaire (NAC)** reprise dans le protocole national de lutte contre la malnutrition.
- Les mamans ayant des enfants malnutris seront référées vers Caritas/Soprad et WSM/Agakura/Adisco, afin de recevoir un appui à l'augmentation du revenu et de la production.
- L'aménagement des jardins de cuisine sera accompagné par les agronomes de Caritas/soprad
- Caritas et Soprad, là où c'est possible, installeront des foyers améliorés dans les FARN ou chez les mamans lumières, afin de favoriser la diffusion de cette technique.
- Concernant la stratégie d'influence du pôle agricole par la CRB pour la diversification des cultures, une concertation a eu lieu en amont. En effet le choix des cultures a été fait avec les populations de la zone d'une manière participative (en utilisant la technique de préférence comparative) lors d'une visite de terrain par l'UCODE asbl, LD, CSA et CAPAD. Ces cultures ont été par après validées en plénière par les représentants des bénéficiaires réunie à Ruyigi. Au cours des réunions du pôle agricole élargie à la CR et à WSM, ces cultures ont été reconfirmées. La CR n'a donc pas participé au stade préliminaire, mais a confirmé les choix. Les valeurs nutritionnelles et les potentialités de diversification de ces 5 cultures prioritaires (maïs, manioc, arachide, haricot et bananier) ont donc été prises en compte en amont dans la validation par la Croix-Rouge.
- Afin de permettre la disponibilité à long terme, en quantité et qualité de semences de variétés à haute valeur nutritive dans la zone, la Croix-Rouge informera LD/Ucode des variétés retenues pour les jardins de cuisine. La demande des populations pour ces variétés créera un nouveau marché potentiel pour ces

semences dans la zone. Ceci pourra inciter certains producteurs de semences soutenus par LD à diversifier dans un second temps les semences au-delà des 5 cultures prioritaires pour répondre à la demande. La Croix-Rouge utilisera quand disponible, à prix et qualité égal, les intrants/semences vendus par les producteurs soutenus par Louvain Développement et Ucode.

- La Croix-Rouge conseillera pour les aspects nutritionnels la recherche action menée par Louvain Développement et Ucode sur les plantes capables de résister à la sécheresse. Ces plantes améliorées lorsqu'elles seront produites seront utilisées lors des séances de démonstration culinaire des FARN. La CR fera connaître aux ménages sensibilisés les multiplicateurs de ces semences améliorées soutenus par LD et Ucode.
- Un leader des groupements pré-coopératifs par commune, soutenu par CSA et Capad, fera partie du comité de pilotage de la composante nutrition afin de favoriser les synergies sur le terrain. La Croix-Rouge pourra passer par les groupements pré coopératifs soutenus par CSA et Capad pour organiser des séances de sensibilisation aux bonnes pratiques de nutrition, de santé et d'hygiène.
- La Croix-Rouge conseillera pour les aspects nutritionnels les unités de transformation agro-alimentaires soutenues par CSA et Capad : tant en ce qui concerne la qualité nutritionnelle du produit fini que son utilisation et sa conservation.

Enfin, l'UNCDF, à travers son programme d'investissement, permettra la construction des FARN (case, latrine, mobilier) et la réhabilitation et/ou la construction de CDS. La Croix-Rouge participera activement dans l'évaluation des besoins en infrastructures et équipement en santé-nutrition et appuiera leur priorisation dans le cadre du guichet mis en place par l'UNCDF. La Croix-Rouge interviendra dans le renforcement des capacités du personnel des centres de santé réhabilités/construits dans le cadre de la PEC de la malnutrition.

L'UNCDF est aussi en charge de la construction et/ou réhabilitation des points d'eau potable dans les communes ciblées par le projet. De son côté, la Croix-Rouge mobilisera ses volontaires pour effectuer des sensibilisations sur l'eau et l'assainissement auprès des communautés. Lors de ces sensibilisations, le lien sera fait entre l'eau, l'hygiène et l'assainissement du milieu et les problèmes de santé, en particulier la malnutrition.

PARTIE 3: ARTICULATION PROJET/PROGRAMME

3.1 COHÉRENCE DU CADRE LOGIQUE DU PROJET AVEC LE CADRE LOGIQUE DU PROGRAMME

Comme expliqué plus haut, les causes de la malnutrition sont complexes et multisectorielles. C'est pourquoi la CRB veille dans son action de lutte et de prévention de la malnutrition à nouer des partenariats et des synergies multisectorielles de manière à développer une intervention intégrée.

Dans le cadre du programme FBSA au Burundi, la CRB a participé aux nombreuses réunions de coordinations et de mises en commun organisées à Bruxelles et au Burundi dans le cadre de la formulation.

A l'issue de ces réunions, la cohérence du cadre logique du projet avec le cadre logique du programme est assurée. En effet, le projet proposé par la CRB contribuera directement à l'Objectif spécifique 2 du programme « Améliorer l'accès à l'eau potable et l'utilisation des aliments disponibles et de l'eau potable de manière durable pour les groupe vulnérables ». Cet objectif spécifique est d'ailleurs repris comme objectif général dans le cadre logique proposé par la CRB.

3.1.1 Cohérence des résultats du projet avec les résultats du programme (description de la manière dont le projet contribuera à l'atteinte des résultats prévus dans le programme / impact au niveau du programme)

Les objectifs et résultats du projet proposé par la Croix-Rouge s'articulent de la manière suivante avec le cadre logique du Programme :

Logique d'intervention	Projet	Programme
Améliorer l'accès à l'eau potable et l'utilisation des aliments disponibles et de l'eau potable de manière durable pour les groupes vulnérables	Objectif général	Objectif spécifique 2
Les communautés ont les capacités de faire face durablement à la malnutrition, aux maladies et autres problèmes de santé	Objectif spécifique	Résultat 1 de l'OS2

Les ménages les plus vulnérables des communautés ciblées ont les capacités de nourrir convenablement leurs familles	Résultat 1	Sous-résultat 1 du R1 de l'OS2
Les ménages des communautés ciblées développent des comportements et habitudes démontrées efficaces dans la lutte contre les maladies et autres problèmes de santé	Résultat 2	Sous-résultat 2 du R1 de l'OS2
Les cas de malnutrition sont dépistés et pris en charge convenablement par les communautés et les FOSA	Résultat 3	Sous-résultat 3 du R1 de l'OS2

ANNEXES

- a. Budget détaillé
- b. Cadre de collaboration avec le FBSA
- c. Convention de partenariat CRB-CRBU

SIGLES ET ABBREVIATIONS

AEN	: Actions Essentielles en Nutrition
ANJE	: Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
ASC	: Agent de Santé Communautaire
ASLO	: Association locale
AT	: Accoucheuses Traditionnelles
BDS	: Bureau du District Sanitaire
BPS	: Bureau Provincial de Santé
CAP	: Connaissances, Attitudes et Pratiques
CDF	: Centre de Développement Familial
CDS	: Centre De Santé
CMAM	: Community based Management of Acute Malnutrition
COGES	: Comité de Gestion des CDS
COSA	: Comité de Santé
CPN	: Consultation Périnatale
CPPS	: Coordonnateur Provincial de Promotion de la Santé
Cscom	: Centres de Santé Communautaires
CSLP	: Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté
DP	: Déviance positive
DPSHA	: Direction de la Promotion de la Santé, Hygiène et Assainissement
ECD	: Equipe Cadre de District
EDS	: Enquête Démographique et de Santé
EGMS	: Enquête Globale en Milieu Scolaire
FARN	: Foyer d'Apprentissage et de Réhabilitation Nutritionnelle
FBP	: Financement Basé sur les Performances
FOSA	: formation sanitaire : CDS, HD
HD	: Hôpital de District
IEC/CCC	: Information, Education, Communication / Communication pour le Changement de Comportement
IGR	: Initiatives génératrices de revenu
MII	: Moustiquaires Imprégnées d'Insecticides
MINAGRIE	: Ministères de l'Agriculture et de l'Elevage
MSPLS	: Ministères de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida
NAC	: Nutrition à Assise Communautaire
OBC	: Organisation à Base Communautaire
PCA	: Paquet Complémentaire d'Activités

PCDC	: Plan Communal de Développement Communautaire
PCMA	: Prise en charge de la malnutrition Aigüe
PF	: Planification Familiale
PMA	: Paquet Minimum d'activités
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PNIA	: Programme National d'Investissement Agricole
PNN	: Politique Nationale de Nutrition
PNSR	: Programme National de Santé de la Reproduction
PTF	: Partenaire Technique et Financier
QUIBB	: Questionnaire des Indicateurs de Base du Bien Etre
RGPH	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SCEP	: Système de collecte des eaux pluviales
SJ	: Section jeunesse Croix-Rouge
SNIS	: Système National d'Information
SNT	: Service de Nutrition Thérapeutique
SP	: Secrétaire provincial Croix-Rouge
SSN	: Service de Supplémentation Nutritionnelle
SST	: Service de Stabilisation
STA	: Service Thérapeutique ambulatoire
TPS	: Technicien la Promotion de la Santé
UC	: Unité collinaire Croix-Rouge