

EVALUATION DE  
LA REPONSE DE  
L'UNICEF à LA  
CRISE  
ALIMENTAIRE ET  
NUTRITIONNELLE  
AU SAHEL

ETUDE DE CAS DU TCHAD  
(février 2013)

RAPPORT FINAL

---

Evaluation de la réponse de l'UNICEF à la crise alimentaire et nutritionnelle au Sahel – Etude de cas Niger.

Rapport commandité par le Bureau de l'évaluation et la Section Nutrition de l'UNICEF WCARO.

Ce rapport a été préparé par des consultants indépendants Mirella Mokbel Genequand, et Montse Saboya, et Lydie Beassemnda.

Le but du rapport est de faciliter l'échange de connaissances entre personnel de l'UNICEF et de ses partenaires. Le contenu de ce rapport ne reflète pas nécessairement la position officielle de l'UNICEF, les politiques ou les points de vue.

Les appellations dans cette publication n'impliquent pas une opinion sur le statut juridique de tout pays ou territoire, ou de leurs autorités, ni quant au tracé des frontières.

Mirella Mokbel Genequand, Phd Experte Sécurité Alimentaire et Nutrition/Chef de mission

Montse Saboya, MSc Santé Publique et Nutrition

Lydie Beassemnda, Consultante Nationale

## **Remerciements**

L'équipe de consultants remercie très sincèrement Mr Inoussa Kaboré, Chef Section Suivi et Evaluation et Mme Félicité Tchibindat, Conseillère Régionale Nutrition WCARO pour lui avoir fait confiance en lui donnant l'opportunité de conduire cette évaluation. Nos remerciements vont particulièrement à l'endroit de Madame Helene Schwartz, Spécialiste en Nutrition au Bureau Régional de l'UNICEF à Dakar qui a tout mis tout en œuvre pour faciliter le déroulement de la mission. Nous la remercions pour sa disponibilité et son implication dans toutes les étapes de cette longue mission.

L'équipe de consultants exprime aussi sa gratitude à l'ensemble du personnel des bureaux de l'UNICEF au Tchad pour sa disponibilité et son soutien. La Mission exprime aussi ses vifs remerciements aux membres du Centre national de nutrition et technologie alimentaire à N'Djamena, des équipes cadres régionales et de district ainsi qu'au personnel des centres de santé et des partenaires ONG, pour toute l'assistance et les renseignements fournis pendant les visites de terrain.

L'équipe d'évaluation est surtout redevable aux parties prenantes sollicitées (Ministère de la santé, agences des Nations Unies, ONG internationales et locales, et donateurs) qui ont participé aux entrevues et ont ainsi contribué à la réalisation de cette évaluation par leurs précieuses informations. Leurs points de vue exprimés avec sincérité nous ont été extrêmement utiles pour entreprendre notre mission avec succès.

## TABLE DES MATIERES

1	Introduction .....	1
1.1	Contexte de l'étude de cas .....	1
1.2	Champ de l'évaluation .....	1
1.3	Structure du rapport .....	2
2	Objectifs et approche méthodologique de l'évaluation .....	3
2.1	Objectifs .....	3
2.2	Processus de l'évaluation et approche méthodologique .....	3
2.2.1	Phase préparatoire .....	3
2.2.2	Déroulement de la mission au Tchad .....	4
2.2.3	Considérations d'éthique .....	7
2.2.1	Contraintes et limites .....	7
3	Contexte .....	9
3.1	Contexte du Tchad .....	9
3.2	Situation sanitaire.....	9
3.3	La PCIMA.....	10
3.4	Sécurité alimentaire et situation nutritionnelle.....	10
3.5	Calendrier de la réponse.....	11
4	Ressources déployées par l'UNICEF .....	13
4.1	Ressources humaines.....	13
4.2	Renforcement des capacités.....	13
4.3	Supervision .....	14
4.4	Logistique et approvisionnement.....	14
4.5	Financement .....	16
5	Résultats de la strategies de réponse en nutrition .....	17
5.1	PCIMA.....	17
5.1.1	Modalité de mise en oeuvre.....	17
5.1.2	Admissions MAS .....	19
5.1.3	Performance de la PCIMA .....	22
5.1.4	Adéquation de la chaîne de PCIMA.....	24
5.1.5	Qualité.....	26
5.1.6	Conséquences fortuites .....	27
5.1.7	Perception des bénéficiaires.....	27
5.2	La prévention : Blanket Feeding.....	28
5.3	Paquet complémentaire .....	29
5.3.1	Santé .....	29
5.3.2	C4D .....	29
5.3.3	WASH .....	30
5.3.4	Prise en Charge psychosociale .....	31
6	Facteurs transversaux.....	32

6.1	Durabilité.....	32
6.2	Système de collecte et gestion de l'information .....	32
6.2.1	Le système mis en place .....	32
6.2.2	Qualité.....	33
6.3	Coordination .....	33
6.3.1	Coordination interne .....	33
6.3.2	Rôle de l'UNICEF dans la coordination de la réponse nutrition .....	33
7	Conclusions et recommandations .....	34
7.1	Conclusions .....	34
7.2	Recommandations.....	37
8	Annexes .....	39

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 Méthodes de collecte des données.....	3
Tableau 2 Structures sanitaires visitées par l'équipe d'évaluateurs.....	5
Tableau 3 Groupes de discussion avec les membres de la communauté .....	7
Tableau 4 Résumé des sources d'informations .....	8
Tableau 5 Calendrier de la réponse à la crise au Tchad .....	12
Tableau 6 Couverture géographique des CNA.....	18
Tableau 7 Indicateurs de la performance de la PCIMA en 2012 et par région .....	23
Tableau 8 Distributions BF réalisées sur la bande Sahel en 2012.....	29
Tableau 9 Résultats WASH in Nut .....	31

## LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 La bande Sahélienne .....	4
Graphique 2 Evolution des taux de MAG dans la bande sahélienne .....	11
Graphique 3 Situation du financement de la réponse fin 2012 .....	16
Graphique 4 Evolution du nombre de CNA et CNT au Tchad entre 2011 et 2012 .....	17
Graphique 5 Cartographie des intervenants en juillet 2012 .....	19
Graphique 6 Evolution des admissions MAS en 2012 en comparaison avec 2011 et 2010 .....	20
Graphique 7 Nombre d'admissions MAS comparé aux nombres de CNA et CNT en 2012 ...	20
Graphique 8 Admissions MAS en 2012 et nombre de CNA par région de la bande du Sahel .....	21
Graphique 9 Répartition des admissions vs cas attendus par région sanitaire .....	22
Graphique 10 Performance par région .....	24
Graphique 11 Répartition géographique des activités CNA, CNS et CNT sur le Tchad en fin 2012.....	26

## LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 Itinéraire de la mission d'évaluation au Tchad février 2013 .....	40
Annexe 2 Liste des documents consultés .....	41
Annexe 3 Liste des personnes rencontrées .....	43
Annexe 4 Nombre des CNA, CNT et CNS par district sanitaire .....	45
Annexe 5 Termes de référence .....	47
Annexe 6 Méthodologie .....	54

## ABREVIATIONS

ACF-F	Action contre la faim-France
ACF-H	Action contre la faim-Hollande
ALIMA	<i>Alliance for International Medical Action</i>
ANJE	Alimentation du nourrisson et du jeune enfant
AVS	Activités de vaccination supplémentaire
BASE	Bureau d'appui santé et développement
ACF	Action contre la faim
ATPE	Aliment thérapeutique prêt à l'emploi
ASC	Agent de santé communautaire
BF	<i>Blanket Feeding</i>
C4D	<i>Communication for Development</i>
CILSS	Comité permanent Inter-Etats de Lutte contre la Sécheresse dans le Sahel
CNNTA	Centre national de nutrition et de technologie alimentaire
CNA	Centre de nutrition ambulatoire
CNS	Centre de nutrition supplémentaire
CNT	Centre de nutrition thérapeutique
CPN	Consultation préventive pour enfants
CRF	Croix-Rouge Française
CRT	Croix-Rouge du Tchad
CS	Centre de santé
DS	District sanitaire
DSR	Délégation sanitaire régionale
DSEED	Direction de la Statistique, des Etudes Economiques et Démographiques
ECHO	Office Humanitaire de la Communauté Européenne
ECOSIT	Enquête de consommation des ménages et du secteur informel au Tchad
EAH	Eau, Assainissement et Hygiène
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture
FEWS NET	<i>Famine Early Warning Systems Network</i>
FSMWG	Groupe de travail régional sur la sécurité alimentaire et la nutrition
IASC	<i>Inter-Agency Standing Committee</i>
IRC	<i>International Rescue Committee</i>
IMC	<i>International Medical Corps</i>
MAG	Malnutrition aiguë globale
MAM	Malnutrition aiguë modérée
MAS	Malnutrition aiguë sévère
MCD	Médecin chef de district
MSF	Médecins sans frontières
MSP	Ministère de la santé publique
OCHA	Bureau de coordination des affaires humanitaires
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PAM	Programme alimentaire mondial
PB	Périmètre brachial
PCA	<i>Program Cooperation Agreement</i>
PEC	Prise en charge
PEV	Programme élargi de vaccination
PMA	Paquet minimum d'activités
PFN	Point focal nutrition
PCMA	Prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë
PCIMA	Prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PND	Plan national de développement
PTF	Partenaires techniques et financiers
PTME	Prévention de la transmission mère-enfant
PU AMI	Première Urgence-Aide Médicale Internationale
RC	Relais communautaire
RCS	Responsable du centre de santé
RTIA	<i>Real time independent evaluation</i>

SAASDE	Stratégie Africaine d'accélération pour la survie et le développement de l'enfant
SAPE	Supplément alimentaire prêt à l'emploi
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SMART	<i>Standardised Monitoring Assessment in Relief and Transition</i>
SNCRP	Stratégie nationale de croissance et de réduction de la pauvreté
SNU	Système des Nations unies
SQUEAC	<i>Semi-Quantitative Evaluation of Access and Coverage</i>
TDR	Termes de référence
UE	Union Européenne
UNHCR	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH	Virus d'immunodéficience humaine
WASH	<i>Water, Sanitation and Hygiene</i>
WCARO	Bureau de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre

## Termes clés de l'évaluation

<b>Activités</b>	Actions entreprises ou travaux menés en vue de produire des réalisations spécifiques. L'activité mobilise des ressources telles que des fonds, une assistance technique et d'autres types de moyens
<b>Bonnes pratiques</b>	Initiatives qui ont fait preuve de leur succès et peuvent être reproduites
<b>Effets réalisations) (ou</b>	Changements (voulus ou non, positifs ou négatifs) résultant directement d'une intervention
<b>Efficacité</b>	Mesure dans laquelle une intervention a atteint, ou est susceptible d'atteindre, les résultats immédiats escomptés
<b>Efficience</b>	Mesure selon laquelle les ressources (fonds, expertise, temps, etc.) sont converties en résultats de façon économe
<b>Fiabilité</b>	Fait référence à la qualité des techniques, procédures et analyses utilisées pour collecter et interpréter les données
<b>Leçons apprises</b>	Facteurs de succès ou échecs
<b>Performance</b>	Mesure selon laquelle l'action de développement, obtient des résultats conformes aux objectifs affichés ou planifiés ; dans le cas de la PCIMA, les indicateurs de performance sont ceux définis dans SPHERE (taux de guérison, abandons et décès)
<b>Pertinence</b>	Mesure selon laquelle les objectifs de l'action de développement correspondent aux attentes des bénéficiaires, aux besoins du pays, aux priorités globales, aux politiques des partenaires et des bailleurs de fonds
<b>Résultats</b>	Extrants ou produits (« outputs ») et réalisations ou effets immédiats à la fois positifs et négatifs, prévus et imprévus provoqués par l'intervention
<b>Parties prenantes</b>	Agences, organisations, groupes ou individus qui ont un intérêt direct ou indirect dans l'action de développement ou dans son évaluation
<b>Triangulation</b>	Utilisation d'au moins trois théories, sources ou types d'informations, ou démarches d'analyse, pour vérifier et soutenir une appréciation ou un point de vue
<b>Validité</b>	Disposition selon laquelle les stratégies et les instruments de collecte d'information permettent de mesurer ce qu'ils sont censés mesurer.
<b>Durabilité</b>	Probabilité de voir les effets d'une intervention persister après que l'aide des donateurs aura pris fin

## Définitions relatives à la prise en charge de la malnutrition (Protocole national 2011)

<b>Abandon</b>	Patient absent pendant 2 séances consécutives
<b>Admissions MAS (avec complications)</b>	P/T < 3 z-cores ou œdème bilatéral ou PB < 115mm (et complications)
<b>Décès</b>	Patient décédé au cours du suivi au CNS
<b>Non-réponse</b>	Critères de guérison n'ont pas été atteints après trois mois de suivi
<b>Rechute</b>	Nouvelle admission d'un patient qui était déjà pris en charge, guéri et qui revient dans un état de MAS
<b>Réadmission</b>	Retour dans les 2 mois après l'abandon du traitement
<b>Décès</b>	Patient décédé au cours du suivi au CNS

## Résumé Exécutif

**1. Contexte.** En 2011, la sécheresse, les mauvaises récoltes, et la chute des rentrées d'argent en provenance des migrants sont venues s'ajouter aux causes structurelles de l'insécurité alimentaire et de la malnutrition dans neuf pays de la bande Sahélienne. Face à cette situation, un plan de réponse globale a été élaboré par le Groupe de travail régional sur la sécurité alimentaire et la nutrition (FSNWG) afin « d'apporter le soutien nécessaire aux ménages en déficit de moyens de survie et de subsistance ». Plus spécifiquement, la *Stratégie de Réponse en Nutrition* visait à « Réduire la mortalité et les dommages permanents causés par la malnutrition aigüe à travers un ensemble intégré d'interventions portant sur la nutrition, la santé, l'eau, l'hygiène et l'assainissement, ainsi que les changements de comportements ».

Au Tchad, la crise alimentaire suite à une très forte baisse de la production agropastorale et piscicole, a concerné toute la bande sahélienne et est intervenue dans un contexte où la malnutrition aigüe globale (MAG) était quasi structurelle. L'alerte sur le risque de crise alimentaire a été émise le 21 décembre 2011 par les autorités tchadiennes qui ont alors demandé le soutien de la communauté internationale. La réponse de l'UNICEF a débuté dès janvier 2012.

**2. Justification.** Au vu de la portée géographique de la crise du Sahel et du niveau de réponse fournie, le bureau régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre (WCARO) a mandaté une évaluation indépendante de la réponse à la crise nutritionnelle entre janvier et décembre 2012 afin d'en tirer des leçons pour le futur. Trois pays - le Burkina Faso, le Niger et le Tchad - ont été choisis en raison du nombre élevé des cas attendus, et des différences dans la mise à l'échelle des programmes de Prise en charge intégrée de la malnutrition aigüe sévère (PCIMA) et des mécanismes de coordination.

**3. Champ de l'évaluation.** Les activités planifiées dans le document de stratégie globale de réponse en nutrition comprenaient : la PCIMA, la prévention principalement activités *Blanket Feeding (BF)* et un paquet complémentaire d'activités (ANJE, WASH, santé y compris le VIH et communication). Les évaluateurs ont donc focalisé leur analyse sur les composantes qui ont reçu l'appui technique et financier de l'UNICEF notamment la PCIMA qui a reçu la majorité de cet appui, mais aussi la prévention et les éléments du paquet complémentaire qui ont reçu un appui spécifique dans le cadre de la réponse (c'est-à-dire au delà de l'appui de l'UNICEF fourni à travers les plans d'action respectifs au niveau de chaque pays) et pour lesquelles la mission a pu obtenir des informations des sections concernées.

**4. Objectifs.** Cette évaluation a pour objectif d'apprécier, de manière aussi systématique et impartiale que possible, l'efficacité, l'efficacités et la durabilité de la réponse de l'UNICEF à la crise alimentaire et nutritionnelle dans ces trois pays et de contribuer ainsi à l'apprentissage organisationnel.

**5. Méthodologie.** L'évaluation a reposé sur une combinaison de méthodes qualitatives et quantitatives : revue documentaire (plans d'action, rapports mensuels de situation, comptes rendus des réunions de coordination et supervision, rapports d'enquêtes) ; entretiens individuels avec des informateurs clés parmi les parties prenantes (UNICEF, Ministère de la santé, partenaires techniques et financiers et ONG), Groupes de discussions (GD) avec les membres de la communauté, observations des activités de PCIMA, ainsi que l'analyse de données quantitatives existantes (bases de données UNICEF et/ou organisme étatique responsable pour la nutrition). Un guide d'entretien individuel, un guide pour les discussions de groupe ; et une grille d'observation des activités de prise en charge (PEC) de la Malnutrition aigüe sévère (MAS) ont été élaborés à cet effet.

L'équipe d'évaluateurs a entrepris des visites de terrain dans trois régions de la bande sahélienne, Wadi Fira, Kanem et Hadjer Lamis. Les régions de Wadi Fira et Kanem ont été choisies pour les visites de terrain sur la base des taux élevés de MAS et présence d'un sous-bureau de l'UNICEF, et Hadjer Lamis en raison de la présence d'une ONG impliquée dans la mise en œuvre de la prise de la PEC psychosociale avec l'appui de l'UNICEF. Le choix des Districts Sanitaires (DS) a été effectué en vue de couvrir trois cas de figures : sans appui d'ONG ; appui par une ONG internationale ; et appui par une ONG nationale. Au total, 3 CNT (structures de PEC hospitalière) et 4 CNA (PEC ambulatoire) ont été visités. Des groupes de discussion ont été menés autour des sites de PCIMA visités : 1 avec les hommes et 4 avec les femmes.

L'équipe d'évaluateurs était composée de deux consultantantes indépendantes spécialistes en nutrition et évaluation recrutées par WCARO, et une consultante nationale identifiée par le bureau de l'UNICEF au Tchad. La visite au Tchad s'est déroulée du 17 au 28 février.

**6. Limitations.** Le raccourcissement de la phase préparatoire a restreint le temps assigné à la revue documentaire et à l'élaboration de la méthodologie. Par ailleurs, quelques contraintes d'ordre

administratif, logistique (calendrier des vols; distances à parcourir), sécuritaire et technique (disponibilité de l'information/données; mémoire institutionnelle) ont affecté le travail de la mission.

**7. Constatations : résultats clés.** Ceux-ci sont présentés pour les trois axes de la réponse nutrition - PCIMA, prévention et paquet complémentaire - suivis des thèmes transversaux que sont la durabilité, le système de collecte et gestion de l'information, et la coordination.

### **Le support technique et opérationnel de l'UNICEF**

L'UNICEF- WCARO et N'Djamena - a mobilisé la quasi-totalité des fonds requis pour la stratégie de réponse Nutrition grâce, en autres, au plaidoyer de la section Communication de l'UNICEF au Tchad avec 7 visites de comités nationaux « Natcom » qui ont abouti à la mobilisation de fonds. Les fonds ont été investis dans l'achat d'intrants (essentiellement les ATPE mais aussi les médicaments, les kits WASH et autres besoins) et leur acheminement ; le renforcement des ressources humaines (en nombre et capacités) ainsi que la supervision et le suivi.

Pour augmenter sa capacité d'intervention et surtout de supervisions et de suivi, le bureau de l'UNICEF au Tchad a recruté 5 spécialistes en nutrition pour ses sous-bureaux dans les régions de la bande du Sahel. Le *renforcement en ressources humaines* du Ministère de la Santé Publique (MSP) s'est fait à travers « l'initiative de revitalisation » : recrutement, formation et déploiement d'infirmiers d'état fraîchement diplômés dans les centres de santé (CS) de la bande sahélienne qui sont insuffisamment dotés en ressources humaines; ce personnel, initialement rémunéré avec des fonds mis à disposition par l'UNICEF, devant être progressivement intégré au MSP contribuant ainsi à la pérennisation de la PCIMA. Environ 30% de la première cohorte de 100 paramédicaux recrutés en 2012 ont été intégrés à la fonction publique début 2013. En sus de la *formation* de ce personnel additionnel, l'UNICEF a soutenu la formation de 363 agents de santé et agents de santé communautaires (ASC) entre août et novembre 2012.

Au niveau des sous-bureaux de l'UNICEF les *supervisions* ont été planifiées et menées avec des fréquences différentes en fonction de la charge de travail des spécialistes en nutrition. Par contre les visites de supervision du personnel de l'UNICEF au niveau de N'Djamena ont été menées en réponse à une situation ou demande spécifique. En outre, l'UNICEF a appuyé financièrement les supervisions menées par le Centre National de Nutrition et de Technologie Alimentaire (CNNTA), l'organisme étatique responsable de la coordination des activités de nutrition, ainsi que celles menées par les équipes cadres des directions régionales de la santé et des districts sanitaires. L'absence de procédé systématique pour documenter ces visites n'a pas permis d'en évaluer l'efficacité, mais les avis des différentes parties prenantes convergent pour reconnaître les faiblesses dans ce domaine.

Avec l'appui financier d'ECHO, l'UNICEF a pris en charge la logistique pour la livraison d'ATPE jusqu'aux structures prestataires. Les problèmes d'approvisionnement en intrants rencontrés ont principalement résulté d'une mauvaise gestion plutôt qu'à un problème au niveau du stock de l'UNICEF. En effet, le système d'approvisionnement en intrants – délai et fiabilité des commandes et délais des livraisons – a présenté des problèmes récurrents. Les goulots d'étranglement sont à plusieurs niveaux et les responsabilités partagées entre l'UNICEF (N'Djamena et sous-bureaux), le MSP à tous les niveaux, et les ONG. La vente d'ATPE sur le marché a persisté malgré qu'elle ait fait l'objet de mesures telles que le renvoi ou l'emprisonnement des responsables incriminés.

### **PCIMA**

Fin décembre 2012, 146 963 cas de MAS avaient été admis par rapport aux 127 000 initialement estimés. Les *admissions* ont été plus élevées tout le long de l'année par rapport à 2011 et 2010 avec un pic saisonnier en mai-juin. Dans la bande sahélienne, le nombre de cas par région a été très variable allant jusqu'à 35 000 cas admis au Kanem où le nombre de CNA effectuant la PCIMA est le plus élevé (61 CNA).

La PCIMA a été efficace avec des taux de guérison (82%), décès (<1%) et d'abandons (10%) au niveau national qui répondent aux normes SPHERE. Cependant, une analyse plus détaillée des données de quelques régions montre que la proportion de non-répondants a été importante (par exemple dans les CNA du Kanem le pourcentage de non-réponse était de 12%). Les raisons principales incluent : la faible adhérence au traitement de la part des populations avec des absences répétées, et le manque presque total de suivi par des visites à domicile.

Une des priorités de la réponse a été la mise à l'échelle de la PCIMA à travers *l'augmentation des sites de PCIMA*. Ainsi, fin 2012 la PCIMA était menée dans 426 structures de PEC, soit une augmentation de 77% par rapport à décembre 2011. Par contre, en décembre 2012 au moins 7 sur les 40 districts de la bande Sahel ne bénéficiaient pas de la prise en charge hospitalière (CNT) et le nombre total de CNA dépassait le nombre des CSI effectuant la PEC de la malnutrition aigüe modérée (MAM) : 393 et 290 respectivement. De ce fait, le continuum de la PCIMA n'a pas été opérationnel partout dans la bande sahélienne. Par ailleurs la coordination entre le PAM (qui apporte son soutien à la PEC de la MAM) et l'UNICEF n'a pas été optimale ni en amont (planification) ni en aval (mise en œuvre).

*Perception des bénéficiaires.* Certains bénéficiaires estiment que la malnutrition a diminué grâce aux différentes interventions, en particulier grâce à la sensibilisation et à l'accroissement de la fréquentation des centres nutritionnels. Leur perception sur la qualité des prestations se résumant à la disponibilité des ATPE et à l'amélioration de l'état de santé observée chez les enfants admis dans le programme. L'amélioration de l'état de santé des enfants pris en charge au CNT/CNA est le principal motif de satisfaction pour les mères mais aussi des pères.

### **Prévention**

L'UNICEF, en collaboration avec le CNNTA, a mené des distributions BF pendant la période de soudure (avril-juin) à 104 392 enfants de 6 à 23 mois dans les régions de Batha, BEG, Guéra, Kanem, Lac et Salamat ; 34 équipes (de 4 membre chacune) ont été déployées dans ces régions pour la distribution de Plumpy'doz® accompagnée de suppléments de vitamine A, médicaments vermifuges, savon et sensibilisations sur les pratiques familiales essentielles. Le BF a été aussi mené par le PAM avec des modalités différentes ; la coordination entre les 2 agences est intervenue tardivement

### **Paquet complémentaire/intégration**

Avec l'appui de l'UNICEF, une stratégie de communication pour le développement dans le cadre de la réponse intégrée à la crise nutritionnelle dans la bande sahéenne du Tchad a été élaborée et validée par le Ministère de la santé et les partenaires humanitaires en novembre 2012.

L'initiative WASH in Nut n'a été lancée qu'en Juillet 2012. Le personnel de santé ainsi que les ASC ont été formés, et les intrants ont pu être achetés en autres grâce à des fonds d'ECHO : environ 43% des CNT et CNA opérationnels ont distribué des kits WASH atteignant 52% des couples mères-enfants. Malgré une bonne collaboration entre les sections Protection et Nutrition au sein de l'UNICEF, le démarrage des activités de *PEC psychosociale* a été très lent du à une mobilisation insuffisante des fonds. Mis à part la formation d'un pool de formateurs, les observations recueillies lors des visites de terrain montrent une situation disparate, allant d'aucune activité concrète dans les CNT, à la PEC psychosociale bien intégrée à la PCIMA avec espace d'éveil, boîtes à outils pour les séances d'information, éducation et communication (IEC) et des jouets fabriqués avec des matériaux locaux.

### **Questions transversales**

***Durabilité.*** En l'absence de budgets annuels alloués par le MSP et l'absence de moyens logistiques, combinés à diverses contraintes institutionnelles, organisationnelles et opérationnelles, le CNNTA n'a pas été en mesure de relever les défis importants de coordination, de supervision, et de suivi/évaluation durant la réponse à la crise

***Système de collecte et gestion de l'information.*** Le suivi des informations nutritionnelles est parallèle à celui du système d'information sanitaire : Le circuit des informations nutritionnelles est pratiquement identique mais se distingue à l'étape de leur centralisation. En effet, la collecte des données est assurée par le personnel du MSP au niveau périphérique (CS, districts) et les données sont centralisées à l'UNICEF après avoir été compilées mensuellement par les points focaux Nutrition au niveau intermédiaire (DRS). Mais ce système n'est pas uniformément appliqué : certains rapports sont envoyés directement à la DRS sans passer par le district sanitaire et d'autres semblent arriver directement à l'UNICEF.

***Coordination.*** Le Cluster Nutrition est présent au niveau national et sur le terrain sous la forme de sous-clusters. Des rencontres mensuelles sont organisées au niveau régional et constituent un cadre d'orientations et de partage d'informations relatives aux interventions. Mais celles-ci n'ont pas été régulièrement organisées dans toutes les régions. Les engagements de l'UNICEF dans la coordination ont été accomplis par la tenue régulière des réunions du cluster comme espaces de partage, d'échanges et d'orientations des actions de la réponse grâce au recrutement d'un coordinateur. Mais selon plusieurs parties prenantes, des dissensions entre l'UNICEF et les autres partenaires du Cluster courant 2012 auraient érodé leur confiance envers le Cluster.

**8. Conclusions.** La crise nutritionnelle de 2012 est intervenue dans un contexte où la malnutrition aigüe globale (MAG) est quasi structurelle. Le soutien de l'UNICEF a contribué à la mise à l'échelle de la réponse dans la bande sahéenne tant sur le plan quantitatif (en augmentant sa portée géographique à travers l'ouverture de nouveaux sites de PCIMA) que qualitatif (renforcement du nombre et de la capacité des ressources humaines étatiques) dans la bande Sahéenne.

Sur le plan quantitatif, l'augmentation des sites de PCIMA bien que pertinente, n'a pas été optimale : en l'occurrence 7 districts sur les 40 de la bande du Sahel étaient sans CNT fin 2012. L'ouverture des nouveaux sites de PCIMA n'a pas été coordonnée et orientée de manière proportionnelle aux besoins spécifiques des régions en termes de MAS. Elle s'est faite selon les zones d'implantation ciblées par les ONG. Cela explique le caractère disproportionnel d'intervenants comparé au nombre de centres nutritionnels et les cas estimés de la MAS, d'une région à une autre. Sur le plan qualitatif, malgré son démarrage tardif, le projet de revitalisation, qui vise à renforcer les ressources humaines du MSP de

façon pérenne, a été une des initiatives les plus applaudies de la réponse. D'une part la formation sur le PMA de ce nouveau personnel a favorisé l'intégration de la PCIMA aux services de santé de base ; et d'autre part, bien qu'encore insuffisante (environ un tiers), l'intégration du nouveau personnel à la fonction publique début 2013 est encourageante. L'évolution de cette initiative dépendra de la mesure dans laquelle le MSP tiendra ses engagements et devra faire l'objet d'une évaluation en vue d'adopter/adapter ce modèle dans d'autres pays.

Le recrutement de personnel technique pour les sous-bureaux de l'UNICEF afin de décentraliser le suivi et l'accompagnement des actions de la réponse a été pertinent, cependant, leur déploiement tardif, leur charge de travail (plusieurs régions pour une seule personne) et des réserves quant à leurs capacités techniques, sont des éléments qui ont limité l'efficacité de cette mesure. Les supervisions par le MPS à tous les niveaux (CNNTA, DRS et DS) ont été insuffisantes et irrégulières malgré le soutien financier de l'UNICEF. Par ailleurs, il n'y a pas de système en place pour les répertorier encore moins pour prendre des mesures correctives. De ce fait, la réponse à la crise a été davantage gérée au niveau des structures sanitaires périphériques et intermédiaires qu'au niveau national. Cela a constitué une faiblesse dans le mécanisme de supervision des interventions.

Le système d'approvisionnement en intrants – délai et fiabilité des commandes et délai des livraisons – a présenté des problèmes récurrents malgré les efforts de l'UNICEF pour standardiser les procédures. La transmission des rapports des structures sanitaires a été souvent tardive affectant ainsi la promptitude des commandes des intrants thérapeutiques et leur acheminement. De même, les détournements d'ATPE ont persisté malgré les mesures prises à l'encontre des personnes incriminées. Des mesures de prévention et de suivi rapproché des circuits de distribution des ATPE sont requises au titre de la redevabilité de l'UNICEF vis-à-vis de ses donateurs.

L'estimation des cas attendus s'est avérée en-deçà des cas de MAS effectivement admis au courant de l'année 2012 et les admissions par région révèlent des décalages importants. Par ailleurs, bien que la PCIMA ait été efficace au niveau national, la proportion d'abandons et de non-répondants est préoccupante dans certaines régions. Parmi les facteurs qui ont limité l'efficacité de la PCIMA et qui méritent une attention particulière: le dépistage communautaire variable selon la présence de relais communautaires et le degré de leur implication qui dépend de la présence ou non de rémunération / motivation ; la présence irrégulière de CNS soit en raison de l'absence de partenaire de mise en œuvre soit des problèmes d'approvisionnement, ou des acteurs différents MAS et MAM parfois dans le même CS et parfois encore mal coordonnées ; et l'absence de CNT encore dans quelques districts.

L'UNICEF a participé activement à la mise en œuvre du BF en même temps que le PAM avec des modalités de mise en œuvre différentes et sans planification conjointe. Le dialogue entre le PAM et l'UNICEF a été tardif ce qui a causé un certain chevauchement des activités. Par ailleurs, les résultats des activités BF soutenues par l'UNICEF n'ont pas été publiés ; à l'instar des problèmes de détournements d'ATPE ce manque de transparence pose un problème en terme de redevabilité de l'UNICEF.

Faute de ressources conséquentes, l'efficacité est mitigée sur le plan de l'intégration. Peu perceptible à travers la réponse nutrition, le secteur de protection dispose pourtant d'éléments factuels sur les pratiques socioculturels néfastes qui affectent la santé et l'état nutritionnel des enfants. La réponse a été marginale dans ce domaine. Par contre, le secteur WASH a été le mieux intégré à la réponse nutrition, l'initiative WASH in Nut y ayant largement contribué.

Le CNNTA n'a pas été en mesure de relever les défis importants de coordination, de supervision, et de suivi/évaluation durant la réponse à la crise. Le processus de revitalisation du CNNTA amorcé début 2013, assurerait un positionnement institutionnel favorable à une meilleure intégration de la nutrition dans la politique nationale de santé. L'augmentation du budget alloué au CNNTA en 2013 (le triple du montant alloué en 2012) en est une preuve tangible.

### **Bonnes pratiques**

- Initiative de revitalisation pour renforcer de manière pérenne les ressources humaines du MSP
- Intégration progressive de la PCIMA dans le paquet minimum d'activités dans tous les CS couverts par la réponse
- PEC psychosociale : un atelier national prévu en 2013 pour : revoir/analyser ce qui a été fait ; et mettre en place/renforcer la coordination.

### **9. Recommandations.**

L'équipe d'évaluateurs recommande les actions suivantes :

<b>Politiques, stratégies et plans d'action</b>	<b>Responsabilité (chef de file / autres partenaires)</b>
<p>⇒ Allouer les fonds nécessaires à la future Direction de la Nutrition du MSP<sup>1</sup> pour qu'elle puisse accomplir les tâches qui lui incombent dans les domaines de la planification, la coordination et la supervision des activités en nutrition sur le pays</p> <p>⇒ Elaborer une politique de santé communautaire qui définit le statut des relais communautaires dans le système de santé ; détermine un paquet d'activités, y compris la nutrition, qui leur est attribué ; et précise les modalités de leur motivation</p>	Gouvernement du Tchad / MSP avec le soutien et la collaboration des PTF
⇒ Elaborer, au sein de l'UNICEF et au sein du Cluster Nutrition un plan de réponse sectoriel afin d'assurer et garantir une réponse opportune et adéquate suite aux crises humanitaires, avec l'implication de tous les PTF et du gouvernement	Cluster Nutrition (ensemble des PTF), UNICEF, gouvernement
⇒ Etablir une lettre d'entente entre l'UNICEF et le PAM définissant les responsabilités respectives des deux agences dans la PCIMA et la prévention, incluant les mécanismes de ciblage et les modalités de mise en œuvre des interventions	UNICEF / PAM
<b>Mise en œuvre des interventions</b>	<b>Responsabilité (chef de file / autres partenaires)</b>
⇒ Organiser un atelier de planification des supervisions des activités de nutrition sur le terrain (individuelles et conjointes MSP/UNICEF/ONG) et pour la révision et harmonisation des outils	UNICEF / Cluster Nutrition / MSP
⇒ Garantir que les capacités de l'UNICEF disponibles en périphérie sont capables de soutenir techniquement, logistiquement et en gestion le MSP et ses partenaires opérationnels (augmenter les postes décentralisés en cas de nouvelle crise)	UNICEF
<p>⇒ Etablir des procédures efficaces pour la gestion des intrants de la PCIMA au niveau des structures prestataires de la PCIMA (incluant un système de commande basé sur la consommation / admissions)</p> <p>⇒ Organiser des sessions de formation sur la gestion des intrants pour les gestionnaires à tous les niveaux (DRS et DS) ainsi que pour les ONG partenaires de mise en œuvre</p> <p>→ Concernant les détournements à large échelle des ATPE : renforcer la sécurité des entrepôts et prendre des sanctions disciplinaires / judiciaires à l'encontre des responsables avec exigence de remboursement</p> <p>→ Etablir un calendrier de visites d'inspection indépendantes (UNICEF) et conjointes (avec MSP et partenaires)</p>	Gouvernement / MSP / UNICEF
⇒ Etablir un programme annuel de formation et recyclage des agents de santé et des ASC et assurer la dissémination du protocole, aides mémoire et autres intrants à toutes les structures prestataires de la PCIMA	MSP / Cluster Nutrition / UNICEF
⇒ Revoir et harmoniser le système de collecte et gestion des données de la PCIMA : supports et flux d'information et définition des responsabilités (rôle du MSP/CNNTA dans la compilation et l'analyse)	UNICEF (consultation externe d'environ trois mois) / MSP

<sup>1</sup> L'intégration du CNNTA comme Direction au sein du MSP était en cours de validation durant la visite de la présente mission en février 2013.

# 1 INTRODUCTION

## 1.1 Contexte de l'étude de cas

L'insécurité alimentaire et la malnutrition sont récurrentes dans les neuf pays de la bande Sahélienne : le Burkina Faso, le nord Cameroun, la Gambie, le Mali, la Mauritanie, le Niger, le nord Nigéria, le Sénégal, et le Tchad. En 2011, la sécheresse, les mauvaises récoltes, et la chute des rentrées d'argent en provenance des migrants sont venues s'ajouter aux causes structurelles de l'insécurité alimentaire et de la malnutrition dans ces pays. Selon les prévisions de l'UNICEF, en 2012 1 025 000 enfants seraient touchés par la malnutrition aiguë sévère. Face à cette situation, un plan de réponse globale a été élaboré par le Groupe de travail régional sur la sécurité alimentaire et la nutrition (FSNWSG) dont l'UNICEF fait partie. Son objectif global est « d'apporter le soutien nécessaire aux ménages en déficit de moyens de survie et de subsistance » à travers de deux groupes d'activités : l'assistance alimentaire en vivres ou par transfert monétaire et le renforcement des moyens d'existence (agriculture, élevage).

Plus spécifiquement, la **Stratégie de Réponse en Nutrition** avait pour objectif global de « Réduire la mortalité et les dommages permanents causés par la malnutrition aiguë à travers un ensemble intégré d'interventions portant sur la nutrition, la santé, l'eau, l'hygiène et l'assainissement, ainsi que les changements de comportements » :

- La prise en charge des enfants et des femmes enceintes et allaitantes atteints de malnutrition aiguë dans les communautés et les établissements de santé grâce à un diagnostic précoce et à un traitement efficace ;
- La fourniture d'une assistance alimentaire adaptée (Blanket Feeding) aux enfants de 6-23 mois d'âge et aux femmes enceintes et allaitantes dans les zones où la prévalence de la malnutrition aiguë globale dépasse les 15% ou zones à forte risque de détérioration ou zones où les programmes de prise en charge de la malnutrition aiguë sont inexistantes ;
- La fourniture d'un paquet intégré de réhabilitation et de prévention en nutrition comprenant la promotion des pratiques adaptées d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) dans un programme intégré de PCIMA, la prévention des maladies liées à l'eau, la prévention et le traitement des maladies de l'enfant (paludisme), la sensibilisation et l'utilisation des services de prévention disponibles dans la communauté et dans les établissements de santé grâce à des efforts de communication.

En mai-juillet 2012, trois mois environ après le début de la réponse, le bureau régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre (WCARO) a lancé une évaluation indépendante en temps réel (RTIA) afin de faire le bilan des progrès réalisés, savoir ce qui a ou n'a pas bien fonctionné, d'identifier les domaines qui nécessitent un renforcement ou un ajustement, et de cartographier les lacunes dans la réponse de l'UNICEF et ses partenaires. Celle-ci a été réalisée au Niger, au Nigeria, en Mauritanie et au Tchad.

Au vu de la portée géographique de la crise du Sahel (nombre de pays, ampleur de ses effets sur les enfants) et du niveau de réponse fournie, WCARO a décidé de mener une évaluation indépendante qui couvre la période janvier-décembre 2012 afin de savoir si la réponse à la crise nutritionnelle a été de qualité, cohérente et durable, et ce en vue d'apprendre et d'améliorer sa réponse.

Trois pays ont été choisis pour les études de cas : Burkina Faso, Niger et Tchad. Le choix s'est porté sur ces trois pays en raison des fortes estimations de cas attendus (Burkina Faso ~ 100 000; Niger ~ 393 000 et Tchad ~ 127 000) et de leur différence dans la mise à l'échelle des programmes PCIMA. En outre, les mécanismes de coordination diffèrent dans les trois pays: le Tchad dispose d'un coordinateur pour le cluster nutrition, le Niger a un cluster nutrition mais sans coordonnateur dédié, le Burkina Faso n'a pas de cluster nutrition mais un groupe de travail nutrition.

## 1.2 Champ de l'évaluation

Selon les termes de référence de la présente évaluation, et en accord avec les objectifs définis par le Groupe de travail régional sur la sécurité alimentaire, la réponse intégrée mise en œuvre par l'UNICEF dans les neuf pays de la bande Sahélienne a mis l'accent sur la mise à l'échelle de la PCIMA. Les trois axes principaux de cette réponse intégrée étaient le traitement de la MAS, le traitement de la MAM et le renforcement de la résilience.

**Le traitement de la MAS** comprenait le dépistage actif et la PEC des cas au niveau des structures sanitaires avec intégration des aspects WASH, prévention du paludisme, dépistage actif du VIH/SIDA et la Communication pour le Développement (C4D) en particulier pour l'ANJE.

**Le traitement de la MAM**, à l'image de la PEC de la MAS comprenait la prise en charge des cas de MAM avec une réponse intégrée WASH, santé et C4D.

**Le renforcement de la Résilience** était l'axe le plus transversal en ce sens qu'il incluait :

- Le Blanket Feeding et l'amélioration de l'ANJE (en particulier l'alimentation complémentaire);
- L'amélioration de la santé maternelle et nutrition ;
- Le renforcement de la WASH dans le contexte des interventions nutritionnelles, des systèmes de protection sociale (transferts en espèces et autres) ;
- Le renforcement des systèmes de protection pour réduire les comportements à haut risque, abus et exploitation des enfants et des femmes en particulier lors de migration des zones rurales vers les zones urbaines ;
- Le C4D y compris les soins pour le développement de l'enfant et renforcement du soutien psychosocial.

En référence au rapport du Groupe de travail régional sur la sécurité alimentaire, il a semblé pertinent aux consultants d'organiser leurs analyses de la réponse intégrée en trois volets à savoir :

- La PCIMA incluant les MAS et les MAM ;
- La prévention de la Malnutrition Aigüe axée sur le 'Blanket Feeding' ;
- Le Paquet Complémentaire qui vise non seulement à compléter le traitement de la malnutrition aigüe mais également à la prévenir, et qui inclut la promotion de l'ANJE, le WASH, la santé (traitement et prévention des maladies infantiles), la communication (C4D) et la protection (soutien psychosocial).

L'équipe d'évaluateurs ayant pour mandat d'**évaluer la réponse de l'UNICEF**, elle s'est focalisé dans son analyse sur la composante prise en charge intégrée de la MAS qui a reçu la majorité de l'appui technique et financier de l'UNICEF. Les autres composantes sont mentionnées et discutées là où pertinent dans la mesure où elles ont influencé la composante PEC de la MAS.

### **1.3 Structure du rapport**

Le rapport est structuré en sept chapitres. Le chapitre introductif (ci-dessus) présente le contexte et le champ de l'évaluation. Il est suivi du rappel des objectifs de l'évaluation et l'approche méthodologique (Chapitre 2). Le troisième chapitre décrit brièvement le contexte du pays et indexe des faits marquants de la période de crise et de la réponse. L'évaluation étant axée sur la réponse nutritionnelle soutenue par l'UNICEF, les quatrième et cinquième chapitres sont consacrés respectivement aux moyens déployés par l'UNICEF et à l'analyse des résultats obtenus en matière de PCIMA, prévention et paquet complémentaire. Les facteurs transversaux, notamment la durabilité, le système de collecte et gestion des données, et les mécanismes de coordination sont évalués au sixième chapitre. Le dernier et septième chapitre tire les conclusions majeures de l'évaluation et dégage des pistes de solutions aux problèmes identifiés.

Comme prévu dans les Termes de référence (TDR), les principales observations, conclusions et recommandations présentées dans cette Etude de Cas seront discutées dans un « Rapport de Synthèse » qui englobera les trois pays.

## 2 OBJECTIFS ET APPROCHE METHODOLOGIQUE DE L'EVALUATION

### 2.1 Objectifs

Cette évaluation a pour objet d'apprécier, de manière aussi systématique et impartiale que possible, la réponse de l'UNICEF à la crise alimentaire et nutritionnelle au Tchad et contribuer ainsi à l'apprentissage organisationnel. Plus spécifiquement, cette évaluation vise à examiner:

- l'efficacité, l'efficacité, la durabilité et la qualité de la réponse nutritionnelle au Tchad
- la qualité des données (précision, fiabilité) utilisées dans le suivi de la performance des programmes de nutrition
- les questions transversales telles que l'adéquation des mécanismes de coordination au sein de l'UNICEF et entre l'UNICEF et ses partenaires, la gestion, le renforcement des capacités
- les liens intersectoriels entre la nutrition et les autres secteurs.

### 2.2 Processus de l'évaluation et approche méthodologique

#### 2.2.1 Phase préparatoire

Le processus d'évaluation a débuté à Dakar par une phase préparatoire du 9 au 16 février 2013 pour élaborer la méthodologie. Durant leur séjour les membres de l'équipe, les deux expertes en nutrition et deux des trois consultants nationaux<sup>2</sup>, ont également eu l'opportunité de s'informer et de dialoguer avec les personnes ressources au sein des sections de nutrition, Communication pour le développement (C4D), protection de l'enfant, Eau, assainissement et hygiène (WASH), urgences et évaluation.

Comme recommandé dans les TDR (Annexe 5), la méthodologie repose sur une combinaison de méthodes.

Tableau 1 Méthodes de collecte des données	
Méthodes qualitatives	Méthodes quantitatives
Revue documentaire Entretiens individuels Groupes de discussion Observation des sites	Analyse de données quantitatives existantes (bases de données UNICEF et/ou organisme étatique responsable pour la nutrition)

L'équipe d'évaluateurs a élaboré un rapport narratif, une grille (matrice) d'évaluation et les instruments de collecte d'information (notamment un guide d'entretien ; un guide pour les discussions de groupe avec les membres de la communauté ; et une grille d'observation des activités de prise en charge (PEC) de la Malnutrition aigüe sévère (MAS). Les indicateurs inclus dans la matrice, tels que les indicateurs de résultats et de performance, sont issus des documents fournis par WCARO dont principalement le plan de réponse globale élaboré par le FSNWG, les rapports de situation mensuels de l'UNICEF (« Sitrep ») et le protocole national de PCIMA.

Les divers documents préparés par l'équipe d'évaluateurs furent soumis aux sections de nutrition et évaluation de WCARO pour leur approbation. La mission s'est conclue par une séance de restitution en fin d'après-midi le 15 février pour débattre de la méthodologie et outils proposés. L'équipe d'évaluateurs a pris note des divers commentaires et suggestions dont elle a tenu compte durant sa visite au Tchad ; mais faute de temps (tout juste une journée avant de se rendre au Tchad), les documents furent finalisés par l'équipe d'évaluateurs et approuvés par WCARO après la mission du Tchad. Ces documents sont joints en annexe (Annexe 6). Par ailleurs, l'équipe d'évaluateurs s'étant rendue au Tchad le lendemain de la séance de restitution, et le séjour au Tchad étant déjà à peine suffisant, l'équipe d'évaluateurs n'a donc pas eu l'opportunité de tester les outils qu'elle a développés à Dakar.

<sup>2</sup> Le consultant national du Niger n'a pas pu y participer dû aux délais des démarches administratives

## 2.2.2 Déroulement de la mission au Tchad

**Durée de séjour et organisation.** L'équipe d'évaluateurs a séjourné au Tchad du dimanche 17 (arrivée) au jeudi 28 (départ) février 2013 - soit 9 jours (en dehors des week-ends) que l'équipe d'évaluateurs pouvait consacrer aux entretiens avec les parties prenantes et aux visites d'activités de PCIMA ; le dernier jour étant dédié à la réunion de restitution et dernières discussions internes avec la consultante nationale avant de quitter le pays le soir même (voir Annexe 1). A part quelques rendez-vous déjà organisés par le bureau de l'UNICEF à N'Djamena pour la première journée, l'équipe d'évaluateurs a organisé son programme d'entretiens et de visites de terrain (réservations d'avions, obtention des autorisations de sécurité requises et location de voitures) au fur et à mesure avec l'appui du Bureau de l'UNICEF et du coordinateur du Cluster Nutrition. Ainsi au vu des distances à parcourir et des horaires de vols, il s'est avéré nécessaire que l'équipe d'évaluateurs se scinde : l'experte santé publique/nutrition et la consultante nationale ont visité le Kanem et Wadi Fira pendant que la chef de mission/spécialiste en nutrition a continué les entretiens au niveau de N'Djamena et entrepris une visite de terrain à Hadjer Lamis.

Pendant toute la visite, l'accent a été mis sur les dix régions de la Bande Sahélienne (Kanem, BEG, Lac, Hadjer-Lamis, Wadi-Fira, Ouaddai, Sila, Salamat, Guera et Batha) qui ont été les cibles prioritaires de la réponse. De ce fait, et même si dans certains chapitres et analyses la capitale Ndjama et Ennedi (zone Saharienne) sont aussi mentionnés, elles n'ont pas fait l'objet des recherches documentaires ou objectif des entretiens avec les différentes parties prenantes.

**Revue documentaire.** L'équipe d'évaluateurs a complété la documentation sommaire déjà fournie par la section nutrition du bureau régional auprès du bureau de l'UNICEF à N'Djamena, ainsi qu'auprès des parties prenantes rencontrées. La liste des documents consultés est jointe en annexe (Annexe 2).

**Entretiens.** L'équipe d'évaluateurs a mené des entretiens avec différentes parties prenantes en utilisant le guide d'entretien élaboré à cet effet. Les notes manuscrites prises lors de ces entretiens ont été systématiquement transcrites pour être partagées au sein de l'équipe d'évaluation. A la fin de chaque journée, les membres de l'équipe qui ont mené les entretiens conjointement, se sont partagés la responsabilité de transcrire les notes dans un fichier confidentiel. Chaque membre de l'équipe d'évaluateurs ayant participé à l'entretien avait pour tâche d'en vérifier le contenu et ajouter une information supplémentaire qu'il aurait notée et qui n'était pas transcrite.

Les principales parties prenantes sont celles impliquées dans l'une ou l'autre ou plusieurs des différentes phases et aspects de la réponse intégrée nutrition dans les 10 régions de la bande sahéenne, notamment : planification, mobilisation de fonds, financement et mise en œuvre. Les personnes interviewées au niveau de N'Djamena sont donc : les différentes sections de l'UNICEF; des agents du Ministère de la santé publique (MSP) : Secrétaire Générale et Centre national de nutrition et technologie alimentaire (CNNTA) ; une agence des Nations Unies : le Programme alimentaire mondial (PAM); les donateurs : l'Office Humanitaire de la Communauté Européenne (ECHO) ; et les partenaires de mise en œuvre : entretiens individuels et de groupe avec des Organisations Non-Gouvernementales (ONG) internationales et nationales. Des entretiens individuels ont été menés avec *International Rescue Committee* (IRC) et *International Medical Corps* (IMC) à N'Djamena ; BASE et IMC à Wadi Fira ; Action contre la faim-France (ACF-F) au Kanem ; et Merlin à Massaguet. Une réunion d'un groupe d'ONG (invitation lancée lors de la participation d'un membre de l'équipe d'évaluateurs à la réunion mensuelle du Cluster Nutrition) s'est tenue à N'Djamena ; y ont participé: ACF-F, *Alliance for International Medical Action* (ALIMA), BASE, Croix-Rouge Française (CRF), IMC, IRC, Médecins sans frontière-Hollande (MSF-H), Merlin, Première Urgence-Aide Médicale Internationale (PU AMI) et Solidarités Internationale. La liste des personnes rencontrées est jointe en annexe (Annexe 3).

Graphique 1 La bande Sahélienne

**Visites de terrain.** L'équipe d'évaluateurs a entrepris des visites de terrain dans trois régions de la bande sahélienne, Wadi Fira (mercredi 20 au vendredi 22 février), Kanem (dimanche 24 au mardi 26 février) et Hadjer Lamis (25 février). Sept jours ont ainsi été consacrés aux visites de terrain (dont près de trois jours pour les déplacements). En plus des considérations logistiques (distances à parcourir), les régions et Districts Sanitaires (DS) ont été choisis sur la base des critères suivants :



- Taux élevés d'admissions MAS (et/ou ayant dépassé les prévisions) ;
- Présence d'un sous-bureau de l'UNICEF.

Au niveau régional, l'équipe d'évaluateurs s'est entretenue avec des membres des Délégations Sanitaires Régionales (DSR) du Kanem et Wadi Fira tels que : Directeur, Point Focal Nutrition et Gestionnaire; et au niveau des DS d'Iriba, Mao, Nougou et Massaguet, avec les membres des équipes cadres de district tels que : Médecin Chef de District (MCD), Chef de Zone, Responsable Programme élargi de vaccination (PEV) et Gestionnaire de District.

Tout en tenant compte de considérations logistiques (minimiser les distances à parcourir pour visiter le plus de structures de santé possibles), l'équipe d'évaluateurs a choisi les structures de santé à visiter en fonction des modalités d'intervention, c'est à-dire avec ou non l'appui d'une ONG (nationale et internationale); et de manière à observer les différentes phases de PEC : la PCIMA hospitalière ou « Centres de nutrition thérapeutique (CNT) »; et PCIMA ambulatoire c'est-à-dire les Centres de santé (CS) ou « Centres de nutrition ambulatoire (CNA) ». Durant ces visites, l'équipe d'évaluateurs a utilisé la grille d'observation élaborée à cet effet.

Dans ces quatre DSR, l'équipe d'évaluateurs a visité au total trois CNT et quatre CNA dont deux appuyés par une ONG internationale « ACF et IMC » ; un par une ONG nationale « Bureau d'appui santé et développement (BASE) » ; et un sans ONG (Tableau 2). Parmi les 4 CNA visités, deux n'avaient pas d'activités PCIMA en cours le jour de la visite. Dans ces derniers, l'équipe d'évaluateurs a pu s'entretenir avec le personnel étatique et des ONG présentes, et faire une revue documentaire des fiches et des outils de gestion disponibles.

Tableau 2 Structures sanitaires visitées par l'équipe d'évaluateurs

Région	District	Type de structure	Type d'activité	Partenaire
Wadi Fira	Iriba	CS de Kouba	CNA (pas d'activité)	BASE
		CS urbain d'Iriba	CNA (pas d'activité)	IMC
		Hôpital d'Iriba	CNT	IMC
Kanem	Mao	Hôpital de Mao	CNT	ACF
	Nougou	CS de Mampal	CNA	DSR
Hadjer Lamis	Massaguet	Hôpital de Massaguet	CNT	Merlin
		CS de Naala	CNA	Merlin

**Groupes de discussion avec les bénéficiaires.** En vue de recueillir les avis des bénéficiaires et de la communauté sur leurs perceptions de la réponse à la crise de 2012, 5 groupes de discussion de 8 à 10 personnes par groupe ont été menés par la consultante nationale, dont 1 avec des hommes chef de ménage et 4 avec des femmes. Les participants ont été sélectionnés au sein des populations couvertes

par les CS visités. Les groupes d'hommes étaient composés de chefs de ménages et les groupes de femmes ont été sélectionnés au sein des mères d'enfants de 0-5 ans..

Les discussions ont été conduites en des lieux définis de commun accord avec les participants. L'animation a été faite dans la langue locale par un duo composé du consultant national et un animateur bilingue français/arabe selon la grille d'entretien. Toutes les séances de discussion ont fait l'objet d'un enregistrement audio après accord des participants. Cette procédure a permis la transcription intégrale des entretiens pour analyse. Après transcription intégrale des verbatim, les enregistrements des Groupes de discussion ont fait l'objet d'une analyse thématique de contenu. L'analyse des données qualitatives obtenues a été faite de façon manuelle. Cela a consisté en une analyse thématique en deux étapes : *le repérage* des idées significatives et leur *catégorisation*.

Tableau 3 Groupes de discussion avec les membres de la communauté

Région	District	Structure sanitaire	Genre	
			F	H
Wadi Fira	Iriba	CNA Kouba	1	1
		CNA Iriba	1	
Kanem	Mao	CNT Mao	1	
	Nokou	CNA Mapal	1	
Total	3	4	4	1

**Compilation des observations / Analyse / Rédaction du rapport.** L'équipe d'évaluateurs a croisé ses observations (entrevues et visites de terrain) avec les informations obtenues à travers la revue documentaire (voir **Error! Reference source not found.**). Toute divergence entre les observations de l'équipe d'évaluateurs lors de ses visites de terrain et autres sources d'informations (tels que divers rapports ou compte rendus des réunions du Cluster), ainsi que toute divergence de vues entre les différentes parties prenantes sont signalés et discutés. La base de données fournie par l'UNICEF a été exploitée, dans la mesure du possible, pour des analyses supplémentaires.

### 2.2.3 Considérations d'éthique

Les personnes interviewées ont été informées sur les objectifs de la mission d'évaluation à travers une note d'information élaborée à cet effet et qui leur a été envoyée lors de la demande de rendez-vous. A chaque entrevue, l'équipe d'évaluateurs a fourni des informations complémentaires concernant la méthodologie adoptée et la confidentialité des entretiens.

Les participants des groupes de discussion avec les bénéficiaires ont été informés sur la nature des questions qui leur seront posées, que les informations recueillies seront enregistrées mais qu'elles resteront confidentielles et que leurs noms ne seront pas divulgués. Leur consentement a été obtenu avant de démarrer les discussions de groupes. Leur consentement a été obtenu avant de démarrer les discussions de groupe.

### 2.2.1 Contraintes et limites

Parmi les principales difficultés rencontrées au cours de l'évaluation, il convient de mentionner trois contraintes communes aux trois études de cas: (1) le raccourcissement de la phase préparatoire (suite à des problèmes administratifs) qui a restreint le temps assigné à la revue documentaire et l'élaboration de la méthodologie; et (2) la durée relativement courte de l'évaluation face à la complexité de la crise, du nombre de parties prenantes et de la richesse de la documentation disponible.

Les contraintes spécifiques à l'étude de cas du Tchad incluent :

- 1) La sécurité et la logistique (mauvais état des routes, longs déplacements, etc.) qui ont affecté la durée des visites de terrain;
- 2) Le calendrier de la visite qui ne coïncidait pas avec les jours de PCIMA limitant le nombre de séances de PCIMA observées ;
- 3) Les récents changements de titulaires de postes importants au sein de l'équipe UNICEF du bureau pays, particulièrement dans la section Nutrition qui ont limité l'obtention d'opinions sur le déroulement de l'intervention en 2012 ; et
- 4) La participation de la consultante nationale a dû être limitée suite à un souci de conflit d'intérêt vu sa position au sein du Centre national de nutrition et de technologie alimentaire (CNNTA)<sup>3</sup>. En effet, bien qu'elle en ait pris congé pour la durée de la mission, sa position au sein du CNNTA aurait pu influencer les opinions des personnes interviewées.

<sup>3</sup> La consultante a été identifiée et recrutée par le bureau de l'UNICEF au Tchad suivant des instructions données par WCARO aux trois pays. L'UNICEF WCARO et les consultantes externes ont appris fortuitement son affiliation au CNNTA durant la phase de démarrage. Vu le planning très serré déjà préparé par WCARO, son remplacement n'était pas possible.

Tableau 4 Résumé des sources d'informations									
Questions (matrice)	Informateurs					Sources d'information			
	UNICEF	GVT	ONG	PTF	Population	Documents base données	Entrevues Individuelles	Observations sites PCMA	Discussions communauté
<b>Efficiace</b>									
1.1.1 Ressources vs résultats	✓					✓	✓		
1.1.2 Modèles innovateurs	✓	✓	✓	✓			✓	✓	
1.1.3 Evolution des intrants de l'UNICEF vs besoins	✓	✓	✓	✓		✓	✓		
1.1.4 Adéquation des intrants de l'UNICEF	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	
<b>Efficacité</b>									
1.2.1 Atteinte des objectifs	✓					✓			
1.2.2 Ciblage géographique	✓					✓			✓
1.2.3 Conséquences fortuites	✓	✓	✓	✓	✓		✓		✓
<b>Qualité</b>									
1.3.1 Protocole national						✓			
1.3.2 Adhérence au protocole & standards	✓	✓	✓				✓	✓	
1.3.3 Adéquation des ressources au niveau périphérique									
1.3.5 Continuum des soins					✓				✓
1.3.4 Perception des bénéficiaires					✓				✓
<b>Durabilité</b>									
1.4.1 Appropriation & intégration de la PCMA		✓				✓	✓	✓	
1.4.2 Pérennisation		✓		✓		✓	✓		
1.4.3 Capacité des ONG & sans appui externe			✓			✓	✓	✓	
1.4.4 Capacité du Gvt pour la continuation des activités		✓				✓	✓	✓	
<b>Système de collecte et gestion de l'information</b>									
2.1 Mise en place & adéquation	✓					✓	✓	✓	
2.2 Qualité & fiabilité	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	
<b>Coordination</b>									
3.1 Au sein de l'UNICEF	✓					✓	✓		
3.2 Entre l'UNICEF & ses partenaires	✓	✓	✓	✓		✓	✓		
3.3 Effet de la coordination sur le continuum									
3.4 Rôle de l'UNICEF Cluster Nutrition	✓	✓	✓	✓			✓		
<b>Intégration</b>									
3.5 Réponse nutrition a intégré autres secteurs	✓					✓	✓	✓	✓

### 3 CONTEXTE

Ce chapitre fournit une vue d'ensemble du contexte et des faits marquants durant la période qui a conduit à la déclaration de la crise ainsi que durant la réponse en 2012.

#### 3.1 Contexte du Tchad

**Situation sociodémographique.** Le Tchad est un pays enclavé de l'Afrique sahélienne, limité au Nord par la Libye, à l'Est par le Soudan, à l'Ouest par le Niger et le Nigeria, au Sud par le Cameroun et la Centrafrique. La superficie du pays est de 1 284 000 km<sup>2</sup>. Sa population s'élève à 11,2 millions d'habitants dont 50,7% de femmes et 49,3% d'hommes (DSEED 2010). La population tchadienne se caractérise par sa jeunesse (57% de moins de 18 ans), et diversité socioculturelle qui se reflète dans la répartition géographique et spatiale des communautés. Essentiellement rurale à 78%, la population s'adonne à des systèmes de production agro-pastoraux.

Le Tchad fait partie des cinq derniers pays les plus pauvres selon l'indice de développement humain établi en 2011 sur la base de son classement de 183/187. Selon l'enquête de consommation des ménages et du secteur informel au Tchad (ECOSIT) menée en 2007, le profil de la pauvreté au niveau national a connu une légère amélioration, passant de 55% à 47% de personnes vivant sous le seuil de la pauvreté (ECOSIT 3 2007). Les inégalités du genre affectent les conditions de vie des femmes qui représentent une proportion importante de la population de la bande sahélienne où sévit la crise nutritionnelle et alimentaire. Avec la dégradation de l'environnement, la migration des hommes à la recherche d'activités devient une stratégie de survie et accroît la responsabilité des femmes dans le domaine de leur responsabilisation dans les ménages.

**Contexte politico-administratif et économique.** Le Tchad connaît une accalmie depuis 2009 après une période d'instabilité sociopolitique qui a duré plusieurs décennies. Il est en pleine transition démocratique qui s'accompagne du processus de décentralisation. Le découpage territorial et administratif a évolué considérablement, passant de 14 à 24 régions. Cela assure la délégation des compétences politiques au niveau décentralisé par la représentation de tous les secteurs de développement dans les régions.

L'économie repose sur la production agro-silvo-pastorale même si depuis 2003 la contribution du secteur pétrolier au PIB (88%) supprime toutes les autres exportations. L'indice de pauvreté qui est de 46,7 met en exergue des défis importants en matière de politiques de développement (INSEED, ECOSIT3, 2012). Dans la bande sahélienne, les régions les plus pauvres selon l'indice de pauvreté sont le Guéra (66,5), le Lac (46,3) et Hadjar Lamis (45,7). Les autres régions les plus pauvres appartiennent à la zone soudanienne du pays : Logone occidentale (66,4%), Mayo Kebbi Ouest (47,4), Tandjilé (65,3). La satisfaction des besoins fondamentaux des populations demeure un enjeu important dans les priorités du plan national de développement 2013-2015.

#### 3.2 Situation sanitaire

**Principaux problèmes de santé publique.** Les prévalences respectives de maladies épidémiques et épidémiologiques dont la rougeole, la méningite, le choléra, le paludisme, la tuberculose, les infections respiratoires, les diarrhées, le VIH/IST révèlent les principaux problèmes de santé au Tchad.

Les taux de mortalité maternelle (1099 pour cent mille naissances vivantes) et infantile (191 ‰) très élevés sont un défi majeur dans un contexte où le système de santé se trouve confronté à des contraintes multiples (OMS 2011). La gratuité des soins d'urgence, qui a été adoptée en 2008, contribue dans une certaine mesure à l'amélioration de l'accès des services aux populations. Les résultats de la mise œuvre des engagements sont mitigés au regard des indicateurs ci-après (plan de développement sanitaire 2013-2015 et Plan national de développement 2013-2015) : par exemple seulement 7 à 8% des enfants de 12 à 23 mois sont complètement vaccinés et 33% n'avaient reçu aucun vaccin en 2010.

**Politique nationale sanitaire.** Le Tchad met en œuvre sa deuxième politique depuis 1998 qui inscrit l'accès aux services de soins primaires au titre des priorités. Les dépenses publiques dans le domaine de la santé durant les cinq dernières années (2008-2012) sont restées faibles, oscillant entre 4,68 et 6,40% du budget national ; en 2012, cette allocation était de 5,65%.

Il n'existe pas de stratégie de santé communautaire adoptée par le gouvernement Tchadien et les activités liées à la communication sont ponctuelles sans coordination de l'Etat. Concernant la promotion des Pratiques Familiales Essentielles, les documents existants n'ont pas encore été validés. Le Tchad ne dispose pas de document de politique en matière de nutrition, mais le Programme National de Sécurité Alimentaire (PNNSA) 2011-2015 inclut un sous-programme nutrition qui se focalise sur l'éducation nutritionnelle et les jardins scolaires.

**Structure du système de santé.** L'organisation du système de santé repose sur une structuration pyramidale. L'administration centrale et les structures associées du ministère de la santé constituent le niveau central. Les délégations sanitaires régionales relèvent du niveau intermédiaire ; elles ont pour mission, la coordination et la supervision de toutes les activités relevant de leurs domaines de compétence. La base est représentée par les Districts Sanitaires (DS) et les Centres de santé (CS) qui constituent le niveau opérationnel.

Le Centre National de Nutrition et Technologie Alimentaire (CNNTA) qui est rattaché par décret au MSP depuis 2006, a été établi pour coordonner les activités de l'alimentation et de nutrition ; contrôler la qualité des aliments ; et effectuer des recherches opérationnelles dans les domaines de l'alimentation, de la nutrition et de la technologie alimentaire.

La couverture sanitaire théorique actuelle est estimée à 80% avec 1290 zones de responsabilités (ZR, regroupant un certain nombre de villages et disposant d'un centre de santé) dont 253 ne sont pas fonctionnels. Malgré des efforts consentis dans la construction des infrastructures sanitaires (plus de 150 centres de santé ont été construits et réceptionnés entre 2008 et 2010) sur les 1037 CS du pays, 21% (224) n'exécutent pas le paquet minimum d'activités (PMA) du fait de l'insuffisance des ressources humaines et des équipements (Plan de Développement Sanitaires 2013-2015, avril 2013). Le rapport d'évaluation de la mise en œuvre de la Stratégie nationale de croissance et de réduction de la pauvreté (SNCRP 2007-2011) a établi que : 60,90% des CS ne disposent pas de source d'eau potable ; 40,30% des CS n'ont pas de latrines ; et 69,10% n'ont pas de bac à ordures pour la collecte de déchets. La cartographie des structures sanitaires de dix régions de la bande sahélienne couverte par les interventions nutritionnelles met en évidence des insuffisances importantes dans le domaine des ressources humaines.

### **3.3 La PCIMA**

Le protocole national de prise en charge de la malnutrition aiguë a été développé en 2007, puis mis à jour en Mars 2011 en adoptant les nouvelles normes de croissance de l'OMS. La PCIMA est réalisée dans les centres de santé : Centre Nutritionnel Ambulatoire pour les cas de MAS sans complications ou CNA, et Centre de nutrition supplémentaire ou CNS pour la MAM et les hôpitaux de district (Centre Nutritionnel Thérapeutique pour les cas sévères avec complications médicales ou CNT).

En septembre 2012, la PCIMA a fait l'objet d'une évaluation conjointement commanditée par le Service de l'évaluation du siège de l'UNICEF et le bureau de l'UNICEF au Tchad (UNICEF/Service de l'évaluation 2012). Cette évaluation a conclu que la PCIMA est une intervention pertinente et que son intégration dans le système de santé pouvait assurer sa durabilité et son expansion ; mais qu'un certain nombre d'actions étaient nécessaires pour améliorer sa mise en œuvre et assurer sa durabilité ; notamment un plus grand engagement des autorités sanitaires, le renforcement des capacités gouvernementales, une meilleure coordination entre les partenaires et une assurance du financement à long terme. Plusieurs recommandations spécifiques ont été proposées afin d'opérationnaliser ces exigences.

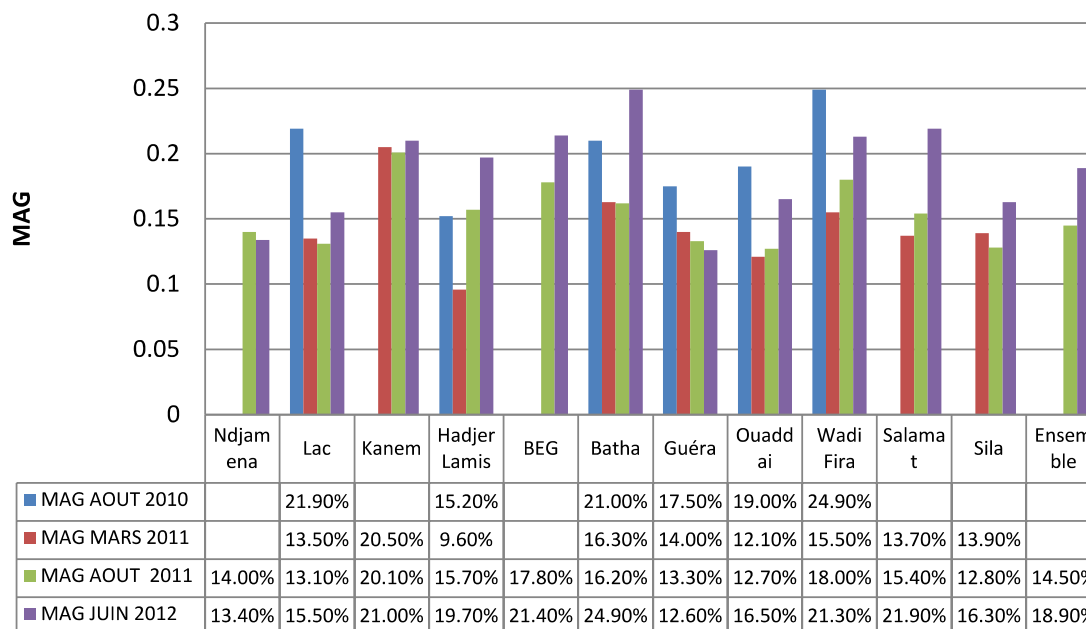
### **3.4 Sécurité alimentaire et situation nutritionnelle**

La zone sahélienne occupe la partie centrale du pays et représente 43% du territoire national. Cette zone reçoit entre 200 et 600 mm de précipitations par année ; la saison de pluie dure en moyenne 3 mois et s'étend de juillet à septembre, alors que la saison sèche dure environ 9 mois, allant d'octobre à juin (MSP/UNICEF 2012). Déjà en 2010, le Tchad a fait face à une importante crise alimentaire et nutritionnelle résultant principalement de politiques et de programmes inefficaces et inadéquats pour la protection des populations face aux variations saisonnières régulières et/ou cycliques (FSNGW 2012). La production céréalière a enregistré une très forte baisse en 2011 : au niveau national, -19% par rapport à la moyenne quinquennale et -39% par rapport à 2010 ; et en zone sahélienne, -28% par rapport à la moyenne quinquennale et - 54% par rapport à l'année précédente (FAO 2012). Toujours selon l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), les zones de mauvaise production agropastorale et piscicole ont concerné toute la bande sahélienne qui est considérée comme étant en situation critique. Cette situation a eu pour conséquences une dégradation des conditions d'accès alimentaire, du fait de la diminution des revenus des populations agricoles et pastorales et de la baisse de leur pouvoir d'achat.

Les résultats des enquêtes nutritionnelles durant trois années consécutives (2010-2012) suivant la méthodologie SMART (*Standardised Monitoring Assessment in Relief and Transition*) sont présentés dans le Graphique 2 . (Ces trois enquêtes montrent une claire détérioration de la situation en 2012 dans les régions de la bande sahélienne (Lac, Hadjer-Lamis, Batha, Guéra, Ouaddai, Kanem, Salamat, Sila et Wadi-Fira) par rapport à l'année précédente. En juin 2012, le taux de malnutrition aiguë globale (MAG) allait de 12,6% (Guéra) à 24,9% (Batha) ; neuf régions étaient au-dessus du seuil d'urgence de 15%, alors que seulement six régions avaient atteint ce seuil en 2011. La crise

nutritionnelle de 2012 est donc intervenue dans un contexte où la malnutrition aigüe globale (MAG) est quasi structurelle.

Graphique 2 Evolution des taux de MAG dans la bande sahélienne



### 3.5 Calendrier de la réponse

Un bref aperçu des différents évènements clés et actions entreprises fin 2011 et durant l'année 2012 est présenté dans le . Ce tableau résume les faits marquants de la crise et de la réponse globale (tels que les enquêtes, plans de contingences, etc.) ainsi que ceux spécifiques à la réponse de l'UNICEF et qui seront discutés dans les chapitres pertinents de ce rapport. Ces informations ont été recueillies à travers les entrevues et la revue documentaire, notamment le Plan de réponse face à la crise alimentaire et nutritionnelle au Sahel – Document stratégique 2012 préparé par le FSNWG ainsi que les plans d'action des différentes agences du Système des Nations Unies (SNU).

Le gouvernement du Tchad en collaboration avec le Comité permanent inter-états de lutte contre la sécheresse dans le Sahel (CILSS), FEWS NET (*Famine Early Warning Systems Network*), le PAM et la FAO a mené des missions d'évaluation des récoltes en septembre et octobre 2011 et des missions de suivi des marchés et de sécurité alimentaire en janvier 2012.

L'alerte sur le risque de crise alimentaire a été émise le 21 décembre 2011 par les autorités tchadiennes qui ont alors demandé le soutien de la communauté internationale. En lançant son appel à l'aide internationale, le gouvernement tchadien s'est engagé à prendre plusieurs mesures dont l'élaboration d'un plan de contingence, l'augmentation des stocks de sécurité alimentaire de 24 450 à 40 000 tonnes, l'organisation des ventes subventionnées localisées ciblant les personnes les plus vulnérables et la mise en place de mesures visant à garantir la libre circulation des biens et des services. Les autorités se sont en outre engagées à appuyer les cultures de contresaison et le maraîchage, à soutenir les activités génératrices de revenus, à prendre en charge les personnes malnutries, à pré-positionner des aliments pour le bétail, ainsi qu'à réhabiliter et construire des points d'eau pour l'abreuvement du bétail (communiqué de presse commun de plusieurs ONG février 2012<sup>4</sup>).

Les membres de l'équipe de la Section Nutrition de l'UNICEF interviewés par l'équipe d'évaluateurs n'ayant rejoint leur poste actuel que très récemment et n'étaient donc pas présents fin 2011 et durant les trois premiers trimestres de 2012, et en l'absence d'un document stratégique ou opérationnel de réponse aux crises et de mécanismes de capitalisation formels, l'équipe d'évaluateurs n'a pas pu s'informer et documenter en détail les étapes spécifiques de la planification de la réponse.

<sup>4</sup> <http://www.afriqinfos.com/articles/2012/2/8/afrique-centrale-196346.asp>

Tableau 5 Calendrier de la réponse à la crise au Tchad

Tableau 5 Calendrier de la réponse à la crise au Tchad			
		<b>Enquêtes, missions d'évaluation et visites (UNICEF et/ou partenaires)</b>	<b>Déclarations et initiatives clés (Gouvernement et UNICEF)</b>
2011	Avant décembre	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Août 2011 : enquête nutrition SMART</li> <li>✓ Entre Novembre 2011 et Février 2012 : deux évaluations menées par le Gouvernement en collaboration avec le PAM, la FAO et le CILSS : 1) évaluation de la sécurité alimentaire des ménages ; et 2) évaluation des marchés (zones affectées et transfrontaliers)</li> </ul>	
	Décembre		<b>Déclaration de « crise » par le gouvernement</b>
2012	Janvier	Missions conjointes de suivi des marchés et d'évaluation de la sécurité alimentaire	
	Février		
	Mars		
	Avril	Visite Directeur Exécutif UNICEF Recrutement de 5 consultants nutrition à déployer sur le terrain	Début activités <i>Blanket Feeding</i> soutenues par l'UNICEF
	Mai	Collecte des données enquête nutrition SMART	Initiative revitalisation des centres de Santé
	Juin		Début de la mise à l'échelle de la PCIMA/déploiement de 100 infirmiers d'état (projet revitalisation)
	Juillet	Rapport Final SMART	Formation en PCIMA Initiative WASH in Nut présentée au Cluster Nutrition
	Août		Formation en PCIMA
	Septembre	Mission UNICEF d'évaluation de la PCIMA	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Création Sous-Cluster Protection de l'Enfance</li> <li>✓ Création de l'unité Urgences – UNICEF</li> <li>✓ Début activités soutien psychosocial</li> </ul>
	Octobre		Ebauche d'un plan opérationnel C4D au Kanem préparée Début distribution kits WASH in Nut
	Novembre		Stratégie C4D validée
	Décembre		Formation en PCIMA

## 4 RESSOURCES DEPLOYEES PAR L'UNICEF

### 4.1 Ressources humaines

**Au sein de l'UNICEF.** Pendant le premier semestre 2012, l'UNICEF a recruté cinq spécialistes en nutrition pour les sous-bureaux des régions de la bande du Sahel afin d'assurer la supervision des activités, le renforcement des capacités du personnel de santé étatique au niveau régional, district et périphérique, la gestion des intrants fournis par l'UNICEF sur leur zone (à travers la DRS) et assurer les suivi statistique mensuel des activités.

Cette mesure, qui normalement aurait dû être un élément très positif pour le soutien aux interventions et pour l'amélioration du suivi technique des activités de nutrition dans les zones les plus touchées par la crise, est perçue de manière différente par les partenaires interviewés. Les capacités techniques variables des spécialistes identifiés et une certaine surcharge de travail (par exemple, une seule personne doit couvrir 3-4 régions à partir du sous-bureau d'Abéché) auraient été des facteurs limitant l'efficacité de cette mesure.

**Au sein du système de santé étatique.** Comme mentionné dans le chapitre précédent, la question des ressources humaines se pose avec acuité en termes de quantité, de qualité, et de répartition géographique. Afin d'y remédier, l'UNICEF a lancé en mai 2012 un projet de revitalisation du système de santé dans la bande sahélienne afin de combler le gap en ressources humaines dans les formations sanitaires et améliorer ainsi la qualité de la prise en charge nutritionnelle dans la bande sahélienne. Cette initiative comprenait le recrutement de paramédicaux (essentiellement des infirmiers d'état) selon trois scénarios : 200, 300 ou 400, en fonction des contraintes budgétaires (UNICEF/Clarysse et Steirteghem 2012).

Une première cohorte de 100 paramédicaux a été recrutée et formée à N'Djamena sur le Paquet minimum d'activités (PMA) en mai 2012 en vue de leur déploiement sur le terrain fin mai/début juin 2012 (OCHA Bulletin d'information de mai 2012). En juin 2012, ces 100 agents ont été affectés aux CS qui, même si récemment construits, n'étaient pas opérationnels par manque de personnel, ce qui a permis d'élargir assez rapidement la couverture géographique de la PCIMA. Selon l'accord établi entre l'UNICEF et le MSP ce personnel, dont le recrutement a été fait selon les procédures du MSP et qui est payé dans un premier temps par l'UNICEF selon les barèmes nationaux (fonds transférés au MSP), devrait être intégré à la fonction publique pour augmenter la capacité de l'Etat à répondre aux besoins sanitaires des populations de façon pérenne. L'intégration d'une première cohorte d'une trentaine de ces infirmiers à la fonction publique s'est concrétisée dès le premier trimestre 2013.

En juin 2012, l'UNICEF annonçait que le recrutement et le déploiement des 300 paramédicaux supplémentaires prévus nécessiterait un financement de 7,7 millions \$US (Rapport de situation de mai juin 2012).

Le succès à long-terme de cette initiative, qui a été favorablement accueillie par les intervenants interviewés, dépendra de la mesure dans laquelle ces agents resteront dans leurs lieux d'affectation. En effet la plupart des CS auxquels ils ont été affectés se trouvent dans les zones les plus pauvres et inaccessibles du pays, ce qui n'est pas un facteur encourageant et qui pourrait provoquer leurs demandes de réaffectations.

### 4.2 Renforcement des capacités

A part la formation en PMA reçue par le nouveau personnel paramédical recruté à travers le projet de revitalisation des structures sanitaires, le personnel déployé ou déjà présent dans les centres ou sites de prise en charge a été formé à la PCIMA selon le protocole national, conjointement par l'UNICEF (sous-bureau) et l'ONG présente dans la région et ce dans le cadre de la mise en échelle de la réponse dans chaque région.

Entre août et novembre 2012, l'UNICEF a soutenu la formation de 363 agents de santé et volontaires ; la formation de 123 agents et volontaires supplémentaires était planifiée en décembre 2012 (Rapport de situation novembre 2012). Les ONG rencontrées ont confirmé leur implication dans la formation et le recyclage de tous les responsables des CS dans leurs zones d'intervention.

D'après certaines parties prenantes, cette formation a été tardive, ne débutant que 6 mois après le début de la réponse.

Extrait du rapport de visite à Iriba du spécialiste en nutrition du sous-bureau à Abéché en octobre 2012 :

*« Formation de 22 agents sur le PCIMA et distribution du Protocole National de prise en charge de la malnutrition aiguë (édition mars 2011) pour chaque agent. Dans le lot de 22 agents formés, 6 ont déjà reçu une première formation sur la PCIMA, lors de la formation des paramédicaux et leur déploiement dans la région sanitaire de Wadi Fira en juillet 2012. »*

### 4.3 Supervision

**Au sein de l'UNICEF à N'Djamena**, aucune des sections rencontrées n'a de calendrier préétabli pour les visites de supervision. Différentes périodicités sont mentionnées (entre une fois toutes les six semaines à une fois par trimestre), mais tous s'accordent sur le fait qu'en pratique ces visites s'effectuent en réponse à une situation ou demande spécifique. Il n'y a pas de procédé systématique pour documenter les visites de supervision ; l'équipe d'évaluateurs n'a donc pas pu s'informer sur le nombre ou le contenu des visites de supervision effectuées en 2012 par le personnel de l'UNICEF qui n'est plus en fonction (comme mentionné dans la section contraintes).

**Au sein du MSP** : le CNNTA n'a pas les moyens financiers pour assurer la supervision qui relève de sa mission institutionnelle. Les visites de supervision menées par le CNNTA sont financées par l'UNICEF et d'autres partenaires. Le processus de responsabilisation de cette structure dans le domaine de la surveillance nutritionnelle est inscrit au titre des priorités du plan stratégique du Cluster Nutrition.

Les observations, conclusions et recommandations issues des visites de supervision menées séparément ou conjointement par l'UNICEF (N'Djamena), le CNNTA et les partenaires techniques et financiers (PTF) sont présentées et discutées durant les réunions mensuelles du Cluster Nutrition.

**Au niveau des régions**, la supervision des activités est réalisée de manière conjointe par l'UNICEF (sous-bureau), les ONG partenaires et le point focal nutrition au niveau de la DSR tous les mois ou tous les deux mois.

A travers les entretiens avec le personnel des sous-bureaux de l'UNICEF, des DSR, des équipes cadre au niveau des districts, des ONG et des CS, les avis convergent pour reconnaître les faiblesses dans ce domaine, soit par manque de moyens de transport ou parce que le nombre de CS à couvrir par le point focal nutrition au niveau de la DSR ou par le chargé en nutrition du sous-bureau de l'UNICEF est trop grand.

Commentaire d'un intervenant interviewé :

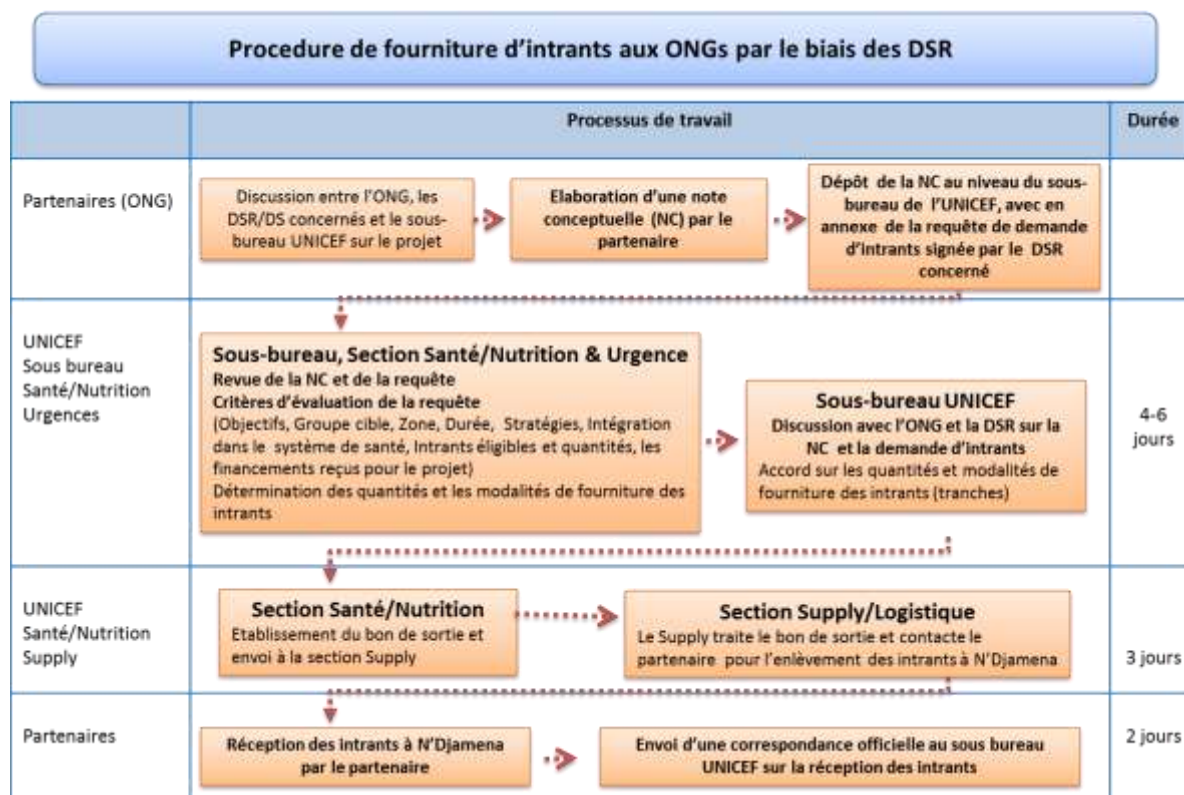
*« Qu'est-ce qu'on entend par **supervision** : quand il n'y a pas de « checklist » ; pas de critères de performance des CS ; et quand 1 sous-bureau de l'UNICEF comme Abéché doit superviser 120 CS ?*

### 4.4 Logistique et approvisionnement

L'UNICEF fournit les intrants (produits thérapeutiques, médicaments, équipement et matériel) pour la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère. Cet aspect de la réponse, a été un des plus largement discutés par les partenaires.

Dès que les Aliments thérapeutiques prêts à l'emploi (ATPE) parviennent à N'Djamena, les dispositions sont prises pour qu'ils soient acheminés le plus tôt possible dans les régions sanitaires. Un stock de contingence est maintenu en capitale pour pallier aux éventuels cas d'urgence. Avec l'appui financier d'ECHO, l'UNICEF prend en charge la logistique pour la livraison jusqu'aux structures prestataires. La procédure de fourniture d'intrants aux ONG a été présentée par la section Nutrition de l'UNICEF lors de la réunion mensuelle du Cluster Nutrition en juin 2012 (Figure 1).

Figure 1 Procédure de fourniture d'intrants aux ONG par le biais des DSR



Source : compte-rendu de la réunion du Cluster Nutrition

Dans les régions, deux voies d'approvisionnements sont appliquées :

- A partir des bureaux des DSR pour les ONG qui n'ont pas de *Program Cooperation Agreement* (PCA) ni avec l'UNICEF ni avec le PAM : les ONG adressent leurs besoins à la délégation sanitaire qui analyse la demande et envoie la requête au sous-bureau de l'UNICEF pour la livraison.
- A partir de l'UNICEF ou ses sous-bureaux régionaux pour celles qui ont un PCA, et ce selon les conditions agréées dans leur PCA.

Quand bien même ces dispositions, certaines ONG sans PCA s'adressaient directement à l'UNICEF prétextant les faiblesses logistiques des DSR. Dans d'autres cas, les ONG assuraient le transport des intrants de N'Djamena jusqu'aux CS.

Les entretiens et une revue des comptes rendus des réunions du Cluster Nutrition montrent que les responsabilités dans les retards de livraison entraînant des ruptures de stock sont partagées. Les goulots d'étranglement sont à plusieurs niveaux : sous-estimation des responsables des CS alors que la planification de leur commande devrait se faire sur la base des cas de malnutrition enregistrés le mois précédent majorés de 10% ; retard des commandes provenant des CS ou des ONG ; mais aussi retard dans les livraisons du côté de l'UNICEF.

Dans une des régions visitées, le chargé de nutrition rapporte que suite à de fréquentes ruptures de stock au niveau des CS, il a commencé à recueillir quotidiennement les informations relatives à la disponibilité des intrants auprès des responsables des CS qui ont eu des activités de distribution ce jour-là. Suite à ce constat, s'ensuivait un contrat avec des transporteurs locaux pour déposer les intrants nécessaires au niveau des CS.

Extrait du rapport d'évaluation de la PCIMA (septembre 2012) :

*Enfin, une pratique courante est la vente des ATPE sur le marché local au prix de 250 FCFA (0,5 \$US). Certaines raisons évoquées sont l'absence de « motivation » des volontaires et des responsables des centres de santé (RCS) qui les écoulent sur le marché, l'insuffisance de sensibilisation des populations et la pauvreté des bénéficiaires du programme CNA qui les vendent pour s'acheter d'autres commodités et aliments comme du sucre, du sel ou de l'huile végétale.*

Enfin, la vente des ATPE sur le marché, qui avait déjà été mentionnée dans le rapport d'évaluation de la PCIMA de septembre 2012, a fait l'objet de mesures telles que le renvoi ou l'emprisonnement de certains fonctionnaires.

#### 4.5 Financement

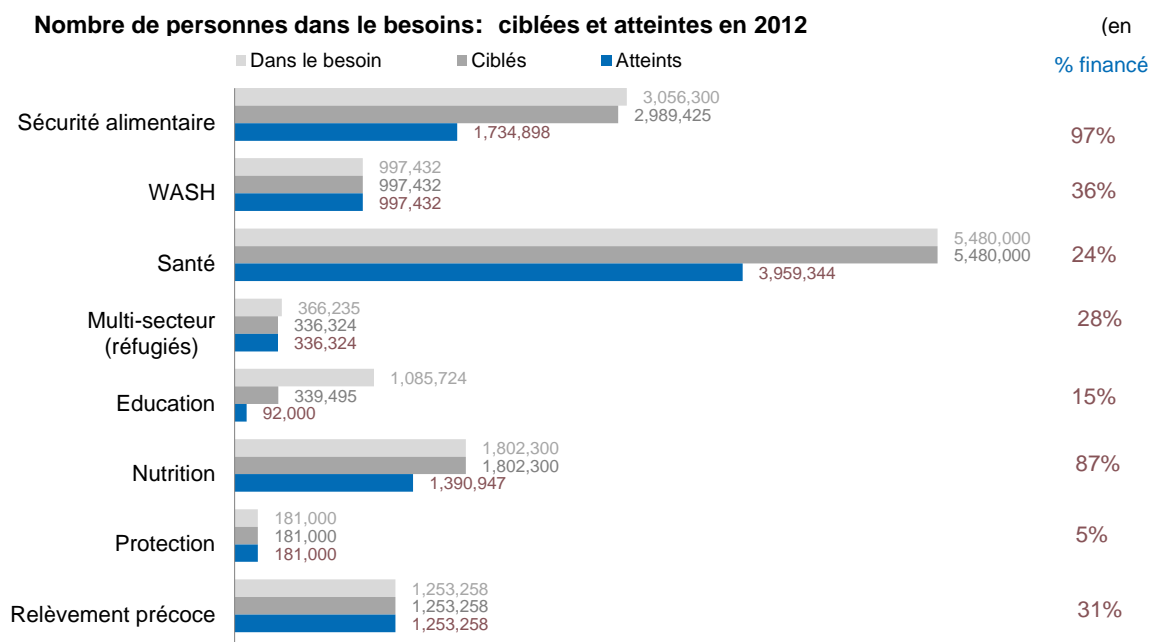
Dans le Plan de réponse face à la crise alimentaire et nutritionnelle au Sahel, un budget de 33 114 892 USD avait été estimé nécessaire pour couvrir les besoins en matière de PCIMA, prévention et paquet complémentaire. L'équipe d'évaluateurs n'est pas en mesure d'apprécier de manière précise la mesure dans laquelle les besoins de chaque composante ont été couverts car le document de stratégie ne désagrège pas le budget par type d'activités. Mais selon le document d'Appel de fonds consolidé (CAP) pour 2013 qui présente une revue de la situation budgétaire en 2012 (Graphique 3) : certains secteurs ont été relativement bien financés, comme l'aide alimentaire (100%) et la nutrition (87%), tandis que d'autres ont reçu peu de financement, comme la santé (24%), WASH (36%) et la protection (5%).

D'après la section Santé de l'UNICEF à N'Djamena, le budget pour la nutrition en 2012 était d'environ 5 fois supérieure à celui de 2011.

Selon la section Communication de l'UNICEF, sept nationaux de l'UNICEF (« NatCom<sup>5</sup> ») se sont rendus au Tchad en 2012. Grâce au plaidoyer et à la mobilisation des comités nationaux, un financement a suivi pratiquement chacune des sept visites. Par ailleurs, ces visites ont eu un effet de levier ; à leur retour ces comités ont contribué à la mobilisation d'autres fonds. Par ailleurs, les donateurs tel qu'ECHO ont fait preuve de flexibilité pour répondre aux besoins émergents (reportage anticipé de l'UNICEF afin de permettre un amendement et donc un versement en cours d'année).

Le rapport d'évaluation de la PCIMA menée en septembre 2012 inclut une analyse approfondie des coûts.

Graphique 3 Situation du financement de la réponse fin 2012



Source : Appel de Fonds Consolidé (CAP) 2013

<sup>55</sup> « Il existe actuellement 36 comités nationaux pour l'UNICEF dans le monde, chacun d'eux étant organisé comme une Organisation non gouvernementale locale. Visage public et voix de l'UNICEF dans les pays industrialisés, les comités nationaux travaillent inlassablement à mobiliser des fonds en provenance du secteur privé, à promouvoir les droits de l'enfant et à rendre plus visibles dans le monde entier les enfants menacés par la pauvreté, les catastrophes, les conflits armés, la maltraitance et l'exploitation. »

## 5 RESULTATS DE LA STRATEGIES DE REPONSE EN NUTRITION

Dans ce chapitre, l'équipe d'évaluateurs examine et discute des résultats tels que définis dans la matrice d'évaluation, pour les trois groupes d'activités de la stratégie de réponse en nutrition : 1) la PCIMA ; 2) la prévention ; et 3) le paquet complémentaire.

### 5.1 PCIMA

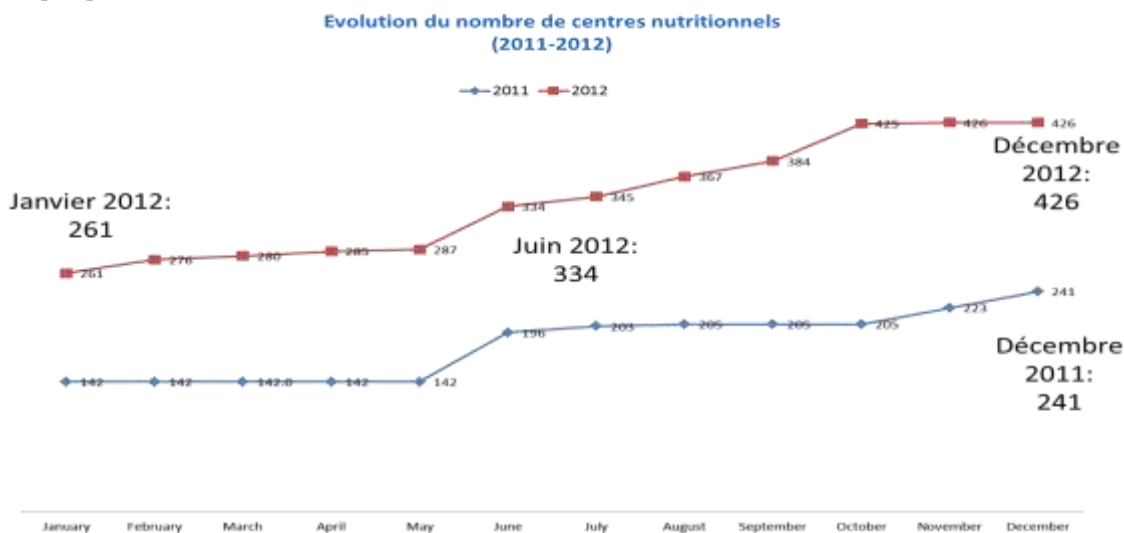
Dans cette section, l'équipe d'évaluateurs présente la modalité de mise en œuvre et l'évolution des admissions MAS ; examine la couverture sous trois optiques différentes - couverture géographique à l'échelle nationale et par région, couverture par rapport aux cas attendus et couverture estimée à partir d'études spécialisées ; et examine ces résultats au regard de divers paramètres clés tels que l'évolution des sites opérationnels de PCIMA.

#### 5.1.1 Modalité de mise en oeuvre

Déjà en réponse à la crise nutritionnelle de 2010, une mise à l'échelle rapide de la PCIMA avait été mise en place dans la bande du Sahel à travers l'augmentation de sites opérationnels. Cette augmentation avait continué en 2011 tel que montré dans le Graphique 4. Ainsi en décembre 2011 on dénombrait 468 centres de santé dans la bande sahélienne dont seulement près de la moitié soit 241 menait des activités de PCIMA (OCHA juillet 2012). Une des priorités de la réponse a donc été et à juste titre l'ouverture du plus grand nombre possible de sites de PEC.

Pendant la phase initiale de la réponse, entre décembre 2011 et mai 2012, moins de 50 nouveaux centres avaient été ouverts : passant de 241 à 287. Le Graphique 4 montre que l'augmentation la plus notable du nombre de sites de PCIMA a eu lieu à partir de mai-juin 2012. En décembre 2012, 426 CNA et CNT ou « centre nutritionnels<sup>6</sup> » étaient opérationnels, soit une augmentation de 77% par rapport à décembre 2011.

Graphique 4 Evolution du nombre de CNA et CNT au Tchad entre 2011 et 2012



<sup>6</sup> Les différents documents consultés ne donnent pas toujours de chiffres désagrégés que ce soit par type de prise en charge CNA et CNT ou par type de structure hôpital ou centre de santé. Des informations parcellaires sur le type de « centres nutritionnels » sont fournies dans quelques-uns des comptes-rendus des réunions du Cluster Nutrition, ou des dans présentations *Power Point*. Par exemple, celui de mai 2012 cite : « Au mois de mai le nombre de centres nutritionnels prenant en charge la malnutrition sévère est passé de 285 à 287. On compte 237 CNA, 27 CNT, 22 CNA \$, 3 CNT au niveau des camps de réfugiés ».

Selon la base de données nationale de la PCIMA reçue par l'équipe d'évaluateurs, la distribution géographique des sites de PEC n'est pas uniforme sur l'ensemble des régions de la bande Sahel. Le tableau ci-dessous montre la proportion de centres de santé offrant la PCIMA (CNA) par région, avec des décalages assez importants : de 58% à Hadjer-Lamis à plus du 100% au BEG ou à Sila. Ces données doivent être interprétées avec prudence du fait que les sources utilisées sont différentes : les données sur le nombre de centres de santé ont été extraites du rapport de mai 2012 sur le projet de revitalisation et le nombre de structures CNA en décembre 2012 ont été fournies par le Cluster Nutrition. D'autre part parce que la définition de « fonctionnalité » des centres a fait l'objet de débat, et, malgré le projet de revitalisation une grande proportion de la population reste en dehors du réseau de la PCIMA.

Tableau 6 Couverture géographique des CNA			
	Nombre de CNA <sup>7</sup>	Nombre de centres de santé <sup>8</sup>	% de sites CNA par rapport au nombre de CS
Kanem	61	92	66%
BEG	40	36	111%
Guera	36	48	75%
Batha	35	41	85%
Lac	51	66	77%
Hadjer-Lamis	31	53	58%
Ouaddai	46	53	87%
Sila	25	21	119%
Salamat	18	40	45%
Wadi-Fira	46	57	81%

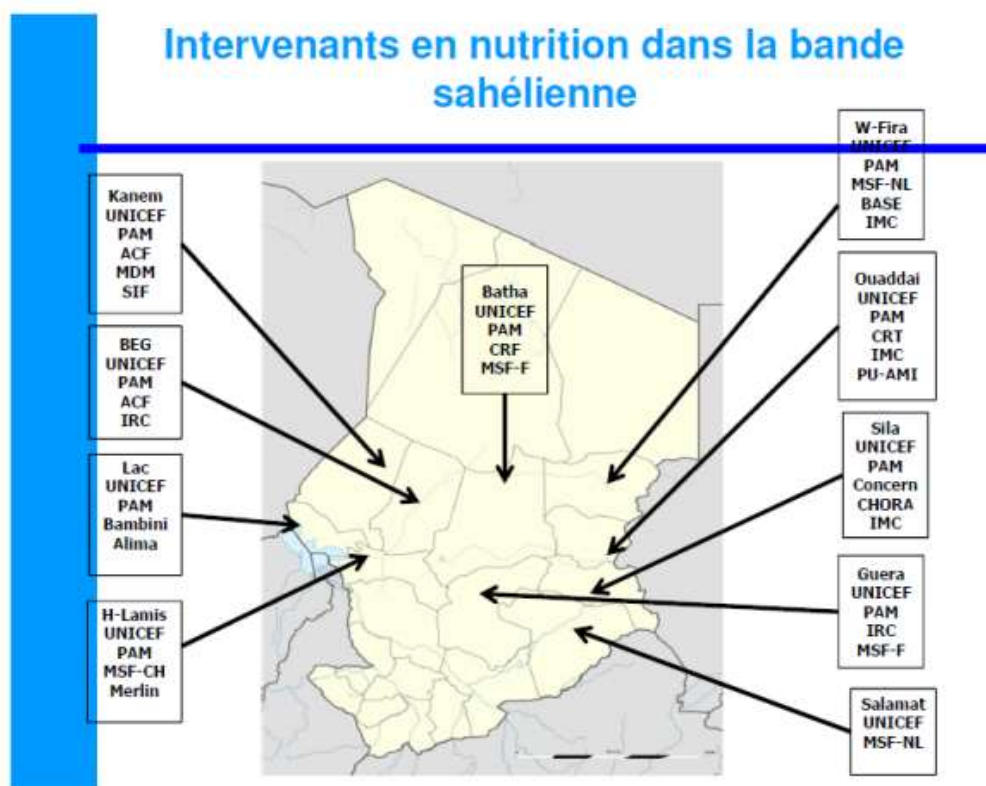
L'augmentation des « centre nutritionnels » s'est faite principalement grâce à l'appui des ONG qui forment et supervisent le personnel, ajoutent du personnel de soutien et, entre autres actions, facilitent la gestion des intrants fournis par l'UNICEF ou le PAM. Les équipes des ONG se déplacent vers les différents centres d'un district une fois par semaine, le jour de l'activité. Dans certains cas et pendant les périodes où les admissions augmentent, quelques ONG organisent des équipes mobiles qui réalisent la prise en charge en dehors des structures sanitaires afin d'en améliorer la couverture.

Le Graphique 5 montre la cartographie des intervenants dans la PCIMA en juillet 2012. Parmi les partenaires de l'UNICEF (selon le rapport de situation de novembre 2012) on compte des ONG internationales telles qu'ACF, ALIMA, Bambini, Concern, IMC, IRC, MSF-F, MSF-H, MSF-Suisse (MSH-CH) et Merlin ; et ONG nationales telles que Bureau d'appui santé et développement (BASE), CHORA et Croix-Rouge du Tchad (CRT). Cependant, cette couverture administrative est variable selon les régions, tel que décrit dans la section qui discute de l'adéquation du ciblage et la couverture.

<sup>7</sup> Selon les données de décembre 2012 fournies par el Cluster Nutrition

<sup>8</sup> Données provenant du rapport du projet de revitalisation (mai 2012)

Graphique 5 Cartographie des intervenants en juillet 2012



### 5.1.2 Admissions MAS

Les cas de MAS attendus en 2012 ont été calculés en décembre 2011 à partir de la prévalence de MAS multipliée par la population des 6-59 mois et multipliée par un facteur de conversion ou d'incidence. Les directives à suivre pour ce calcul ont été données par la section nutrition de WCARO. Ainsi 127 000 cas de MAS étaient attendus au Tchad (scénario « a minima »), ce chiffre pouvant atteindre 159 000 si la situation nutritionnelle venait à s'aggraver (Plan de réponse face à la crise alimentaire et nutritionnelle au Sahel 2012). Ces estimations représentent une augmentation considérable, environ le double des admissions de 2011 (65 000 cas de MAS admis par rapport aux 97 000 cas attendus en 2011). Le Graphique 6 montre l'évolution des admissions MAS (base de données du bureau de l'UNICEF à N'Djamena).

En décembre 2012, 146 963 cas de MAS avaient été admis dans l'ensemble des structures de prise en charge, se rapprochant ainsi du scénario pessimiste qui prévoyait 159 000 cas de MAS.

#### Méthode de calcul des cas de MAS attendus :

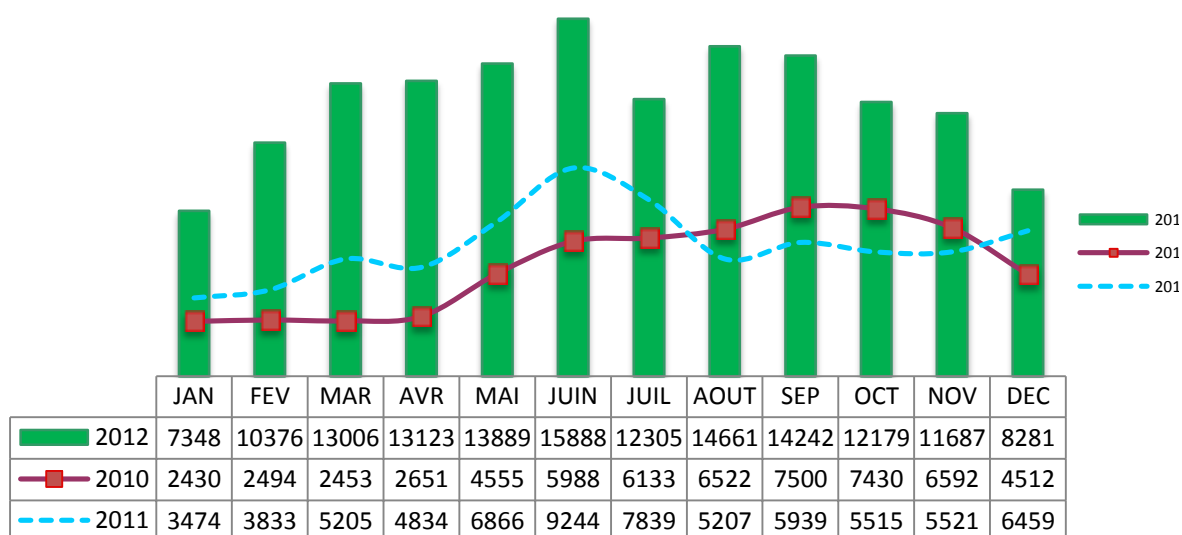
La bande Sahel correspond à 33% de la population totale.

Quatre éléments pris en compte :

1. Le nombre total d'enfants de 6-59 mois en 2012 (données du recensement 2009, avec projections pour 2012) ;
2. Le nombre d'enfants avec MAS à un moment donné (septembre 2011), sur la base des données de l'enquête SMART ;
3. Le total « cas attendus » sur 12 mois (en utilisant un facteur d'incidence de 2,6 ; et
4. Une augmentation de 25% du total de cas attendus dans une perspective de dégradation accentuée de la situation nutritionnelle en 2012

Source : WCARO

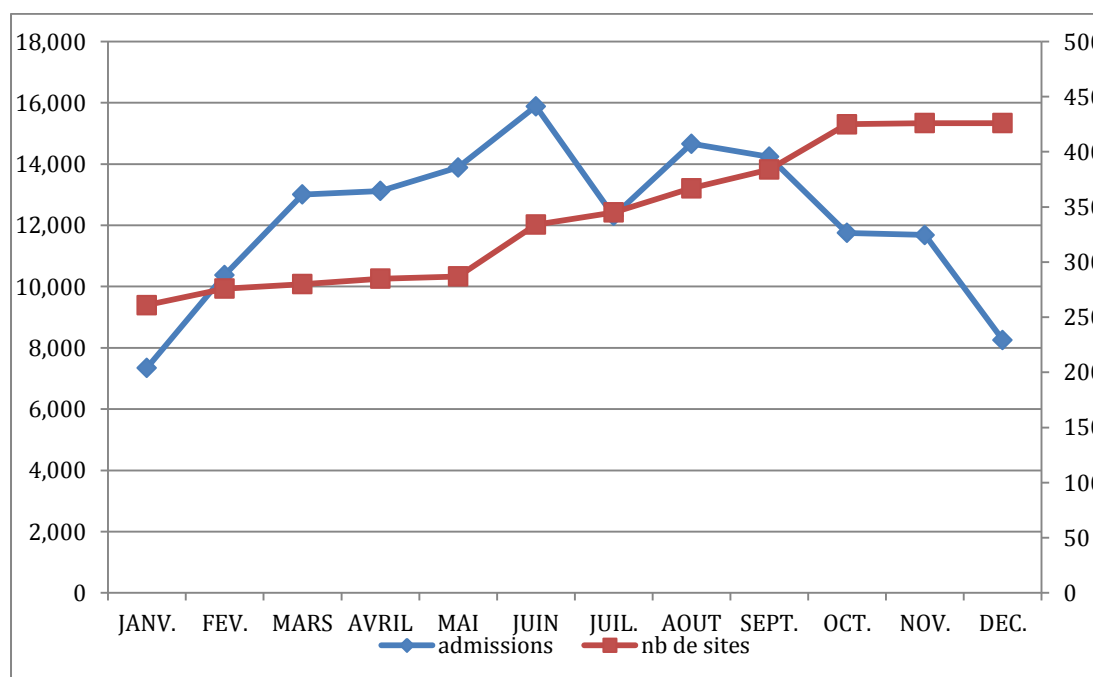
Graphique 6 Evolution des admissions MAS en 2012 en comparaison avec 2011 et 2010



On note une augmentation significative des cas par rapport à 2011 et 2010 tout le long de l'année 2012. En 2012, le pic des admissions a été atteint en juin (pic saisonnier) avec 15 888 nouveaux cas. Les hausses les plus importantes en juin ont eu lieu dans les régions de Hadjer Hamis, Ouadai, Wadi Fira, Sila, Salamat et Batha, ainsi qu'à N'Djamena.

Quand on compare l'évolution du nombre de sites PCIMA avec le nombre de cas traités pendant 2012 (), on observe qu'après le pic saisonnier de mai-juin, les admissions ont commencé à diminuer et donc à partir de ce moment et jusqu'à décembre 2012 l'augmentation du nombre de centres n'a pas été accompagnée d'une augmentation du nombre d'admissions au traitement. Ce fait pourrait indiquer que d'une part la présence de partenaires sur le terrain et/ou la mise en œuvre effective du projet de revitalisation sont arrivés tardivement (après le pic saisonnier) mais aussi que les actions préventives (notamment les distributions Blanket – voir page 28) qui ont été réalisées à partir du mois d'avril par l'UNICEF, associées à une amélioration de la sécurité alimentaire, ont eu un effet positif sur l'apparition de nouveaux cas de malnutrition aiguë.

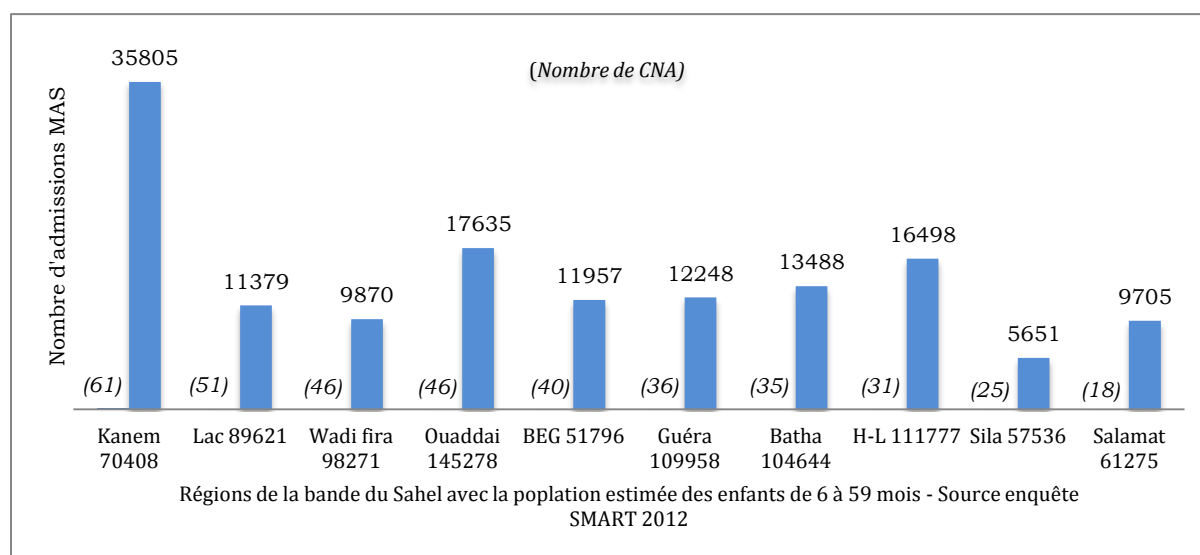
Graphique 7 Nombre d'admissions MAS comparé aux nombres de CNA et CNT en 2012



La répartition des admissions MAS par région - dans les 10 régions de la bande Sahel qui ont bénéficié prioritairement de l'appui à l'expansion de la PCIMA en 2012 et N'Djamena (quasiment pas d'appui) - est très variable : plus de 35 000 cas admis au Kanem et à l'opposé moins de 2 000 à N'Djamena. Ainsi que présenté dans le Graphique 8, l'équipe d'évaluateurs a examiné ces décalages en croisant les données des admissions avec : a) le nombre de sites de PCIMA opérationnels, c) la population estimée des enfants de moins de 5 ans (données étude SMART 2012) ; et c) en prenant compte les prévalences de MAS spécifiques à chaque région (selon aussi les données SMART 2012), sans pouvoir déceler un schéma probant qui pourrait expliquer ces résultats. Par exemple, à Ouaddai (prévalence MAS 3,0 avec 46 CNA) où la population des moins de 5 ans est quasiment le double de celle du Kanem appuyé par ACF depuis plus d'une décennie, les admissions MAS n'y ont atteint que 17635, environ la moitié de celles du Kanem (prévalence 3,5 et 61 CNA).

L'ouverture des nouveaux sites de PCIMA ne semble donc pas avoir été orientée de manière proportionnelle aux besoins spécifiques des régions en termes de MAS, mais elle s'est faite plutôt selon les zones d'implantation ciblées par les ONG. Cela pourrait expliquer le caractère disproportionnel des admissions MAS d'une région à une autre.

Graphique 8 Admissions MAS en 2012 et nombre de CNA par région de la bande du Sahel



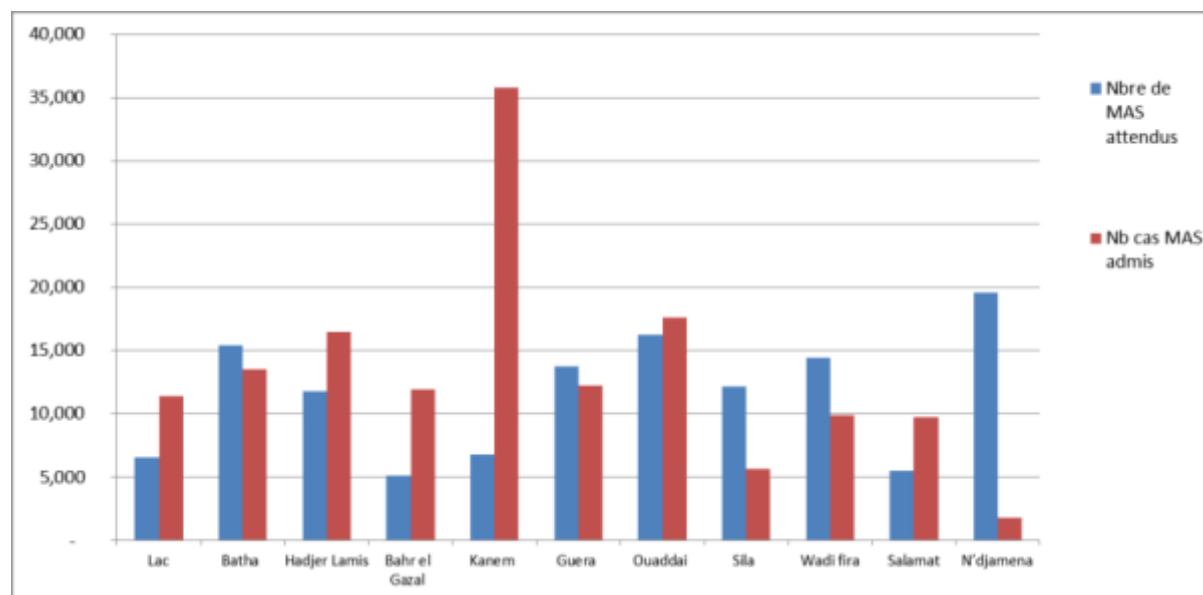
On observe aussi des variations très importantes par rapport aux cas attendus : plus de 500% des effectifs attendus et traités aux Kanem, plus de 100% dans le BEG, Lac, Batha, Ouadai et Salamat, alors qu'on observe des pourcentages très bas, inférieurs à 50% dans les régions comme Sila.

Au delà des fluctuations en cours d'année de la situation de sécurité alimentaire avec ses conséquences sur la situation nutritionnelle qui pourraient expliquer en partie ces décalages, d'autres facteurs incluent :

- Le manque de fiabilité des données et les biais de complétude de données fournies par les centres nutritionnels (discutés dans la section suivante) ; et
- Des faiblesses dans la méthode d'estimation de cas attendus telles que :
  - les variations dans la taille du groupe 6-59 mois (des projections basés sur des recensements réalisés il y a quelques années sur lesquels on applique un facteur périodique) ; et
  - la prévalence de MAS utilisée pour les calculs qui ne prend pas en compte le manque d'homogénéité au sein des régions.

Par ailleurs, la comparabilité entre le nombre d'admissions et les cas estimés de MAS ne peut être systématique du fait que d'une part tous les enfants malnutris ne sont pas enregistrés aux centres nutritionnels, et d'autre part la question de l'accessibilité (distance) des services se pose encore avec acuité même dans les régions présentant une couverture appréciable en nombre de sites PCIMA. Enfin, selon plusieurs interlocuteurs y compris au sein de l'UNICEF au Tchad, la mise à l'échelle géographique était nécessaire, mais la qualité n'a pas toujours suivi, et une véritable augmentation de la couverture aurait nécessité un plus grand investissement dans le dépistage actif.

Graphique 9 Répartition des admissions vs cas attendus par région sanitaire



Dans les régions où les admissions ont dépassé les cas attendus et qui se caractérisent par la récurrence de la MAS comme au Kanem où ACF est présente depuis plus d'une décennie, les efforts de réduction de la prévalence de la MAS y sont mitigés et pourraient s'expliquer par des facteurs à la fois structurels que socioculturels ; la réponse aux différentes crises nutritionnelles n'adressant pas ces facteurs qui nécessiteraient une attention particulière de l'UNICEF et des PTF dans le cadre de leurs programmes d'appui régulier à la nutrition.

Selon l'évaluation semi-quantitative de l'accessibilité et de la couverture (SQUEAC) menée en août 2012 dans les districts sanitaires de Mao et Mondo dans la région du Kanem, la couverture globale était de 37,6%, une valeur en dessous des standards sphères de 50% recommandés pour le milieu rural (ACF 2012). Malgré les réserves concernant ce type d'enquêtes (principalement la procédure d'extrapolation), leur intérêt réside dans l'analyse des barrières à l'accès et l'utilisation des services nutritionnels. Dans ce cas, cette enquête a révélé des insuffisances au niveau de la qualité de la PEC dont l'absence d'engagement de certains agents communautaires avec pour conséquence l'absence de suivi des abandons et de non répondants - des conclusions corroborées par l'équipe d'évaluateurs et discutées dans la section suivante.

### 5.1.3 Performance de la PCIMA

Selon la base de données fournie par l'UNICEF à N'Djamena, les indicateurs de performance au niveau du pays adhèrent globalement aux indicateurs de performance SPHERE<sup>9</sup>, en ce qui concerne le pourcentage de guéris, abandons et décès (Graphique 10). Cependant, malgré cette bonne performance générale, la proportion de cas qui sortent comme non-répondant<sup>10</sup> est importante. Le tableau et le graphique qui suivent montrent l'analyse complète des indicateurs de performance par région à partir des bases de données reçues par l'équipe d'évaluateurs.

Deux éléments rendent l'interprétation des résultats un exercice complexe :

- D'une part on observe un manque de complétude dans les bases de données reçues : certains mois ne sont pas remplis pour certaines régions. Ce manque de complétude n'est pas homogène : les données manquantes ne sont pas toujours les mêmes.

<sup>9</sup> Références SPHERE pour la prise en charge de la MAS : taux de guérison > 75%, taux d'abandon < 15% et taux de mortalité < 10%

<sup>10</sup> Le pourcentage de non-réponse pour les activités de la PCIMA n'est pas inclus dans les normes SPHERE, raison pour laquelle cet indicateur ne fait pas partie de certaines bases de données ni des rapports globaux reçus.

- Et d'autre part, il n'est pas toujours évident que les données recueillies et analysées dans les bases de données proviennent de la totalité de structures de PEC de la MAS (ambulatoire et hospitalière) ou s'ils appartiennent seulement aux sites de PEC ambulatoire (CNA).

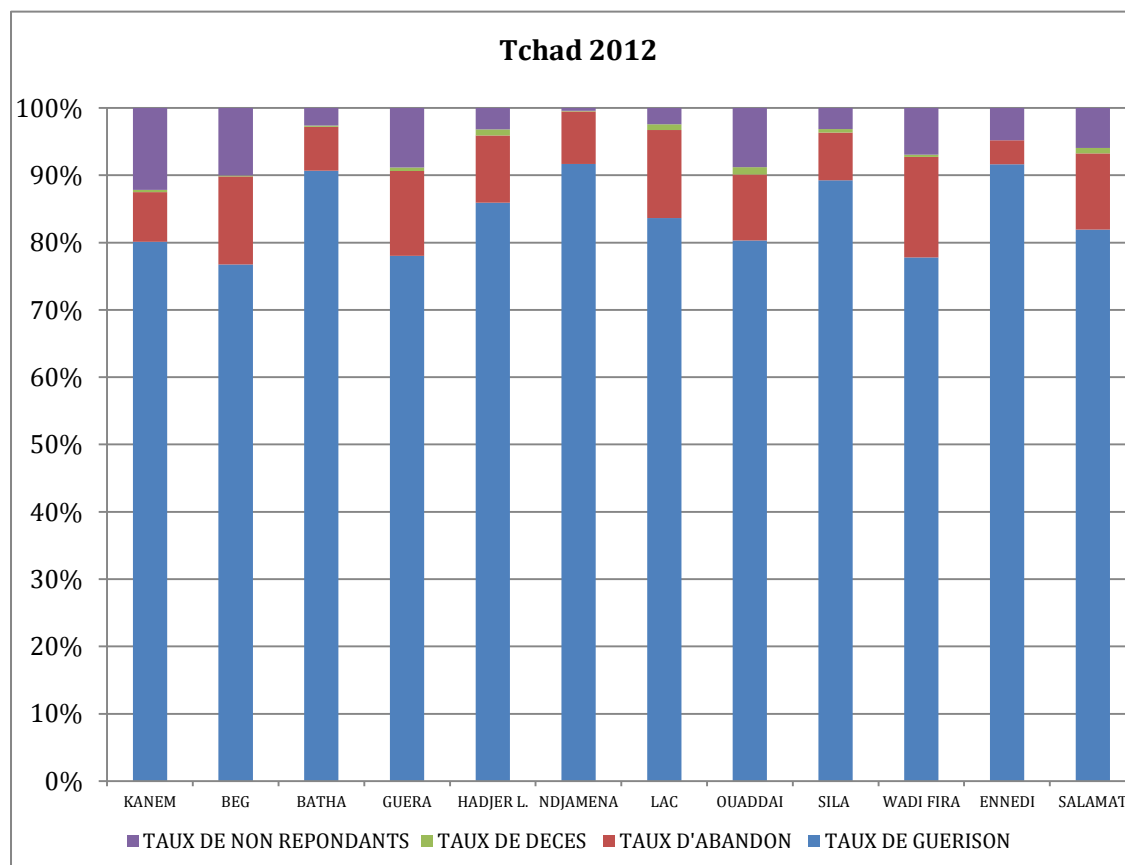
Les observations réalisées sur le terrain, en assistant aux activités de prise en charge ou à travers la révision de fiches de suivi individuel dans les CNA, ainsi que les informations reçues pendant les entretiens confirment d'une part, la faible adhérence au traitement de la part des populations avec des absences répétées à cause des distances, les tâches ménagères des mères et le manque de disponibilité des intrants dans les structures de PEC ; et d'autre part les cas de décès non rapportés et considérés comme abandons, et le manque presque total de suivi communautaire des cas par des visites à domicile, ce qui est une cause fréquente de non-réponse au traitement. Une problématique récurrente dans les CNA des régions de l'est est le refus pour des raisons socio-économiques de la référence vers l'hôpital de la part des familles et la démotivation persistante du personnel sanitaire à le recommander. Ce qui ferait augmenter le nombre de cas de non-réponse ou même le taux d'abandons.

Extrait des notes sur la visite au CS de Kouba (District Sanitaire d'Iriba, région de Wadi Fira)

*Le transfert des enfants est problématique du fait qu'en cas de décès les parents exigent des dédommagements pas au personnel de santé. Par ailleurs les cas de refus de transferts sont récurrents. Avant, il était sollicité le véhicule du BASE pour transporter l'enfant référé, ou le RCS le faisait. Actuellement, les documents de transfert y compris la fiche de suivi sont remis aux parents de l'enfant. En cas de guérison, la fiche revient, ce qui n'est pas le cas si l'enfant décède*

Tableau 7 Indicateurs de la performance de la PCIMA en 2012 et par région				
	<b>TAUX DE GUERISON</b>	<b>TAUX D'ABANDON</b>	<b>TAUX DE DECES</b>	<b>TAUX DE NON REpondants</b>
KANEM	80.1	7.4	0.3	12.2
BEG	76.7	13.1	0.1	10.1
BATHA	91.0	7.0	0.2	3.0
GUERA	78.0	12.6	0.5	8.9
HADJER L.	85.9	10.0	0.9	3.2
NDJAMENA	91.7	7.8	0.1	0.4
LAC	83.6	13.1	0.8	2.4
OUADDAI	80.3	9.8	1.1	8.8
SILA	89.3	7.1	0.5	3.1
WADI FIRA	77.8	14.9	0.3	7.0
ENNEDI	91.6	3.6	0.0	4.8
SALAMAT	81.9	11.3	0.8	6.0
NATIONAL	82.1	9.9	0.5	7.6

Graphique 10 Performance par région

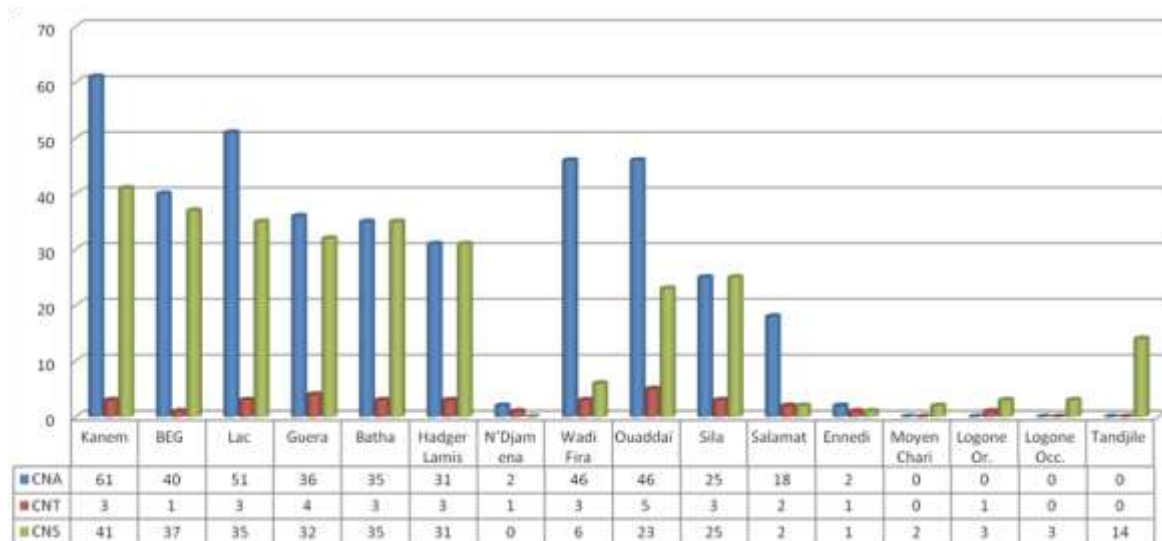


#### 5.1.4 Adéquation de la chaîne de PCIMA

Dans le tableau de la cartographie des sites PCIMA (CNA, CNT et CNS) fourni par le Cluster Nutrition (

Annexe 4) et qui est résumé sous forme de graphique (Graphique 11), on observe qu'en décembre 2012 trois des districts de la bande Sahel ne bénéficient pas encore de la prise en charge hospitalière de la MAS (CNT). C'est le cas de Koukou dans le Sila, Haraze dans le Salamat, et Nokou dans le Kanem ; et que, sur l'ensemble du pays, le nombre total de CNA dépasse les nombre de CNS : 393 et 290 respectivement. De ce fait, le continuum de la PCIMA (ambulatoire – hospitalière, aiguë sévère – aiguë modérée) n'est pas faisable partout dans le pays.

Graphique 11 Répartition géographique des activités CNA, CNS et CNT sur le Tchad en fin 2012



Les observations de l'équipe d'évaluateurs concernant le continuum de la PCIMA sont résumées dans le schéma ci-dessous :

#### Communauté → structures PCMA

Le dépistage actif n'est pas systématique dans toutes les régions :

- Présence et implication des relais communautaires variable selon les zones et selon la présence ou non de rémunération / motivation de la part des ONG
- Faible représentation de femmes parmi les relais communautaires ; selon l'ONG Merlin, la sensibilisation des leaders traditionnels et religieux a permis d'augmenter sensiblement le recrutement d'un plus grand nombre de femmes parmi les relais communautaires (RC) (passant de 2 femmes sur 148 relais à 80 femmes sur 240) dans la région du Hadjar Lamis. La présence de femmes parmi les relais pour le dépistage actif et la sensibilisation est importante au vu des traditions.

#### PEC de la MAS → PEC de la MAM

La coordination entre le PAM et l'UNICEF n'a pas été optimale ni en amont (planification) ni en aval (mise en œuvre) : présence irrégulière de CNS soit en raison de l'absence de partenaires de mise en œuvre ou des problèmes d'approvisionnement ; soit présence d'acteurs différents MAS et MAM, parfois deux ONG dans un même CS

#### PEC MAS ambulatoire → PEC MAS hospitalière

Quelques districts sont sans CNT, et dans ceux où il y a un CNT les problèmes ont été principalement liés aux transferts surtout là où il n'y a pas d'ONG qui en assure la logistique et le coût : refus de la mère ou l'accompagnant pour diverses raisons dont l'absence de personnes pour s'occuper des autres enfants, ou réticence du personnel des CS à s'engager car en cas de décès des enfants transférés les parents pourraient exiger des dédommagements par le personnel de santé.

### 5.1.5 Qualité

Cette section se penche spécifiquement sur le protocole national : son adéquation par rapport aux normes internationales, la disponibilité d'outils pour sa bonne mise en œuvre dans les formations sanitaires et enfin, la mesure dans laquelle les partenaires opérationnels y adhèrent.

**Le protocole national** de prise en charge de la malnutrition aiguë a été développé en 2007, puis mis à jour en Mars 2011 en adoptant les nouvelles courbes de croissance de l'OMS.

**Disponibilité du protocole, des outils de gestion, et équipement anthropométrique.** Pas tous les CNA et CNT visités par l'équipe d'évaluateurs, n'avaient reçu de l'UNICEF l'équipement anthropométrique nécessaire à la mise en œuvre de la PCIMA (balances, toises et autres) les besoins des CS n'ayant pas été adéquatement évalués.

**L'observance sur le terrain des recommandations du protocole national.** Des dispositions ont été prises par la DN pour distribuer le protocole dans toutes les structures sanitaires et des aide-mémoires ont été élaborés avec l'appui de l'UNICEF. Néanmoins, le protocole n'est pas toujours respecté. Cependant, la plupart des centres de santé visités n'avaient pas de copie du protocole ou d'aide-mémoires.

Durant ses visites, l'équipe d'évaluateurs a noté les observations suivantes :

- Les critères d'admission et de sorties définis dans le protocole ne sont pas toujours respectés
- Absence de protocole et d'aide-mémoire dans certains CNA.

### 5.1.6 Conséquences fortuites

Des aspects tant positifs que négatifs ont découlé d'une même intervention. L'expansion géographique a été bénéfique d'une part en favorisant l'accès physique des populations aux services de PCIMA et contribuant ainsi à une meilleure connaissance par la communauté des causes et manifestations de la malnutrition et de ses solutions; et négative d'autre part en augmentant la dépendance du système de santé vis-à-vis des partenaires et la dépendance des populations vis-vis de l'aide humanitaire.

Au niveau des CS, le matériel anthropométrique et les intrants de la PCIMA sont entièrement fournis par l'UNICEF et autres partenaires techniques et financiers (PTF). En l'absence de fonds étatiques pour ces intrants, on peut questionner la capacité réelle du MSP à assurer le renouvellement du matériel et l'approvisionnement en intrants en l'absence des PTF.

Au niveau des bénéficiaires, les avis collectés lors des groupes de discussion montrent que les populations sont fortement dépendantes des interventions humanitaires. Elles estiment ne pas avoir suffisamment de ressources pour faire face aux crises alimentaires. Par ailleurs, selon certains responsables au niveau des DRS et DS, ils auraient subi des pressions de la part de la communauté pour l'ouverture de nouveaux sites de PCIMA afin de bénéficier des ATPE. Plusieurs intervenants ont mentionné des abus au niveau des sites de PCIMA : admissions multiples et admissions sous pression. Les excès ont même conduit au détournement de larges quantités d'ATPE.

### 5.1.7 Perception des bénéficiaires

**La malnutrition et ses causes.** La malnutrition dans les langues locales de ces différentes communautés est décrite à travers les signes visibles : amaigrissement, vomissement, diarrhées, etc. Sur les causes de la malnutrition, certains membres des groupes de discussion ont dit ne pas savoir ce qu'est la malnutrition avant l'implantation du centre de santé/CNA. Le manque d'hygiène et l'absence d'eau potable sont parmi les causes les plus citées. Ont été aussi mentionnés : le manque de nourriture, la pauvreté, les grossesses rapprochées et la charge de travail (en particulier les corvées d'eau) des femmes. Venant de différents villages, les femmes interrogées pensent que la malnutrition affecte toutes les communautés en général, et en particulier les enfants.

**L'ampleur de la malnutrition dans le contexte de la crise** est diversement appréciée par les bénéficiaires. Par rapport aux années précédant 2012, certains bénéficiaires estiment que la malnutrition a diminué grâce aux différentes interventions, en particulier grâce à la sensibilisation et à l'accroissement de la fréquentation des centres nutritionnels. D'autres affirment que la malnutrition s'est accrue durant l'année en question. Par contre, la période de janvier à mars est réputée être un moment de pics de manière unanime.

**La qualité de la PCIMA.** La plupart des bénéficiaires ne distinguent pas toujours les interventions du gouvernement de celles des ONGs. Leur perception sur la qualité des prestations se résumant à la disponibilité des ATPE et à l'amélioration de l'état de santé observée chez les enfants admis dans le programme. L'amélioration de l'état de santé des enfants pris en charge au CNT/CNA est le principal motif de satisfaction pour les mères mais aussi des pères.

De manière générale, les mères interrogées apprécient la prise en charge de leurs enfants malnutris dont elles constatent l'amélioration de leur état de santé au bout de quelques jours. En dehors de la prise en charge des enfants malnutris, les bénéficiaires ont mentionné des activités de sensibilisation sur le lavage des mains et l'alimentation, la fourniture de savons, etc. A Mao, dans le Kanem une mère d'enfants admis au CNT déclare : « nous recevons tout ce qu'il nous faut : des soins donnés à nos enfants, du plumpynut, du savon, une moustiquaire, une couverture, etc. Nous n'avons besoin de rien d'autre. ».

Les bénéficiaires reconnaissent le rôle des relais communautaires. Dans tous les villages de provenance des enfants admis au CNT, il y a des relais communautaires qui font le dépistage actif à une fréquence mensuelle.

**ATPE.** Dans la prise en charge de la malnutrition aiguë, les ATPE semblent assimilées à tous les autres aliments qui peuvent être consommés par tous les membres du ménage auquel appartient

l'enfant malnutri. Interrogés sur cette question, les bénéficiaires ne se sont pas prononcés durant les discussions de groupes. A Kouba dans le département d'Triba, le souhait des bénéficiaires est qu'en plus des ATPE, d'autres aliments soient distribués dans le programme de PEC.

**Autres interventions.** La distribution des savons aux mères des enfants admis au programme est ainsi très appréciée. Par contre l'absence d'une source d'eau potable dans les centres de santé est la préoccupation principale des habitants. A titre d'illustration, le centre de santé de Kouba achète de l'eau non potable pour ses activités.

Concernant les critères d'admission :

*« Beaucoup d'enfants qui ne sont pas admis au CNA, sont pourtant très malades. Leur état de santé très souvent, se détériore lorsqu'ils sont ramenés à la maison. Cela décourage les mères qui ne voudraient plus repartir au centre santé. »*

**La sensibilisation.** Une leader d'organisations de femmes impliquées par l'UNICEF dans les activités de sensibilisation témoigne : *« les hommes aussi sont contents des activités de sensibilisation que nous avons menées. Cette sensibilisation est très importante pour nous-mêmes et pour nos enfants.... Nous avons fait recours à des hommes pour aller vers des hommes. Dans un village, nous avons rencontré quelques hommes dont les épouses sont enceintes et qui ont émis le vœu de pratiquer l'allaitement maternel exclusif (AME) à la naissance de leur enfant. »*

L'on peut noter dans le contexte de la crise que l'analyse sur le contexte socioculturel de la réponse et la composante communautaire ont été faibles ; les interventions relevant de la PEC constituant la priorité. Pourtant, la mise à l'échelle des interventions et la qualité des prestations subissent les effets de quelques pratiques traditionnelles préjudiciables à l'atteinte des résultats escomptés.

Au-delà du contexte de sous-alimentation et de pauvreté des ménages qui contraignent les bénéficiaires à de telles pratiques, le défi de la communication pour un changement de comportement est pointé.

## 5.2 La prévention : Blanket Feeding

Des distributions *Blanket Feeding* (BF) pour le groupe d'enfants 6-23 mois ont été soutenues par l'UNICEF et le PAM en tant que stratégie préventive pendant les mois de la période de soudure afin d'atténuer les conséquences négatives de l'insécurité alimentaire sur les groupes vulnérables. En 2012, l'UNICEF a soutenu le BF dans les régions de Batha, BEG, Guéra, Kanem, Lac et Salamat, soit un total de 104 342 enfants dépassant la cible prévue 100 000 enfants (base de données de l'UNICEF).

Cependant, et du moins pour celles de l'UNICEF, elles ne peuvent pas être considérées comme interventions de « réponse à la crise » car elles se réalisaient déjà depuis 2010, quand des fonds avaient été mobilisés à cette fin. Selon le Bulletin d'information de l'UNICEF de juillet 2010 : « Cette stratégie vient renforcer les actions régulières de l'UNICEF en matière de prévention de la malnutrition telle que la promotion des pratiques familiales essentielles (allaitement maternel exclusif entre 0-6 mois, lavage des mains, utilisation des moustiquaires imprégnées et l'utilisation de Solution de Réhydratation Orale (SRO)/Zinc en cas de diarrhée) favorisant la santé de l'enfant et le dépistage communautaire précoce ».

Différents mécanismes de mise en œuvre de ces distributions ont été adoptés par le PAM et l'UNICEF : le PAM travaillant à travers les ONG et l'UNICEF en partenariat avec le CNNTA. Selon un interlocuteur : « l'UNICEF a utilisé le CNNTA comme « service provider » alors que le CNNTA devrait avoir un rôle technique et de coordination ». Tel que noté dans un des compte rendus des réunions du Cluster Nutrition, le PAM a fourni une ration de trois mois en une seule fois ; une pratique qui n'a pas été approuvée par le Cluster.

Par ailleurs, le chevauchement des activités du PAM et de l'UNICEF dû à un manque de coordination entre les deux agences a été porté à l'attention de l'équipe d'évaluateurs. Selon le tableau fourni par le cluster nutrition (Tableau 8), un accord fut finalement conclu entre les deux agences, aboutissant ainsi à l'alternance des distributions pendant des périodes différentes dans certaines régions. Malgré cet accord l'UNICEF a réalisé des distributions en dehors des périodes initialement établies (au Kanem en décembre 2012 et en janvier 2013).

Le Tableau 8 présente un résumé des activités *blanket feeding* (BF) réalisées en 2012.

Tableau 8 Distributions BF réalisées sur la bande Sahel en 2012						
	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre
Salamat	UNICEF- Plumpy'doz®			Evaluation de la situation alimentaire pour déterminer la pertinence de continuer l'intervention		
Lac	UNICEF- Plumpy'doz®			PAM- Plumpy'doz®		
Hadjer Lamis	UNICEF- Plumpy'doz®			PAM- Plumpy'doz®		
Kanem	UNICEF- Plumpy'doz®			PAM-Supercereal plus		
Batha	UNICEF- Plumpy'doz®			PAM Supercereal plus		
Ouaddai	UNICEF- Plumpy'doz®			PAM Supercereal plus		
BEG	UNICEF- Plumpy'doz®			PAM Supercereal plus		
Guera	PAM- Supercereal Plus*					
Wadi Fira	PAM- Plumpy'doz®					
Sila	PAM- Plumpy'doz®					
Source : Cluster Nutrition						

Un autre élément signalé par certains partenaires est l'absence d'information sur les résultats de ces distributions. Le PAM et l'UNICEF ont été sollicités plusieurs fois pour présenter les résultats de leurs opérations BF en vue d'en tirer des leçons et dans la perspective de disposer d'un protocole commun pour les prochaines distributions (comptes rendus de plusieurs réunions Cluster). L'option d'organiser une réunion spéciale à part entière sur le programme BF a été retenue pour donner plus de temps aux échanges sur les stratégies utilisées, les contraintes/lacunes opérationnelles et les propositions d'amélioration pour les prochaines années. Cette réunion devait être organisée après compilation de données du PAM et leçons apprises par les deux agences. Les partenaires interviewés ont déploré l'absence de suivi de cette proposition.

### 5.3 Paquet complémentaire

#### 5.3.1 Santé

Le projet de revitalisation du système de santé dans la bande sahéenne est la concrétisation de l'intégration de la santé dans la réponse nutrition. Il a permis de renforcer la mise en œuvre d'un paquet intégré d'interventions pour l'amélioration de la couverture et de la qualité des activités de prévention et de prise en charge de la malnutrition, du programme élargi de vaccination (PEV) de routine et des activités de vaccination supplémentaire (AVS). Il en est aussi de la prise en charge des autres pathologies associées à une haute mortalité chez l'enfant de moins de cinq ans comme le paludisme, la pneumonie, et la diarrhée. Le paquet intègre deux autres activités clés à savoir le renforcement des consultations préventives pour enfants (CPN) et de la prévention de la transmission mère-enfant (PTME), pour apporter une première réponse aux problèmes d'insuffisance d'accès et d'utilisation des services de santé de base.

#### 5.3.2 C4D

Le Cluster Nutrition a récemment redynamisé la réflexion autour de la « mobilisation communautaire et IEC » à travers l'organisation de 3 réunions techniques. Les principaux résultats de ces réunions sont : 1) la cartographie des outils de communication (nutrition) disponibles ; 2) la récolte des données secondaires : la validation d'un concept note Communication/Nutrition ; et 3) le

développement d'outils Information, éducation et communication (IEC) pour les opérations de distribution de Plumpy'doz®.

Avec l'appui de l'UNICEF, une stratégie de communication pour le développement dans le cadre de la réponse intégrée à la crise nutritionnelle dans la bande sahélienne du Tchad a été élaborée et validée par le Ministère de la santé et les partenaires humanitaires en novembre 2012.

Avec le soutien de WCARO à travers une consultation de 2 semaines, 6 plans opérationnels régionaux devaient être développés. Un travail préliminaire a été mené par une consultante en septembre-octobre 2012 au Kanem. Dans ce dernier, trois pistes de réflexion ont été suggérées pour la stratégie C4D/nutrition :

- Repositionnement des centres nutritionnels (rééquilibrage des composantes : traitement et prévention).
- Recyclage des volontaires.
- Éducation par les pairs « déviants positifs » à travers une approche réseau social.

Séance d'IEC à Massaguet



Aucun des plans opérationnels n'a été élaboré et ce en partie dû au manque d'intérêt du chargé nutrition en poste durant la crise, ainsi qu'une mobilisation insuffisante de fonds ; 2,5 millions étaient prévus dans le CAP régional, mais uniquement 150 000 \$US ont été reçus.

### 5.3.3 WASH

La stratégie « WASH in Nut » visait prioritairement et à court terme de délivrer un paquet minimum « WASH » fonctionnel pour tous, en ciblant :

- Les centres nutritionnels
- Le couple « mère/ accompagnant - enfant malnutri »

La section WASH de l'UNICEF ainsi que des ONG tel qu'ACF ont œuvré pour la mobilisation des diverses parties prenantes en faveur de l'initiative WASH in Nut. En juillet 2012, la section WASH a fait une présentation de l'initiative à la réunion Cluster WASH afin d'en expliquer les objectifs et les modalités de mise en œuvre, et d'engager un débat sur les implications de cette initiative sur la coordination intersectorielle (Clusters WASH et Nutrition). Les participants ont par ailleurs été informés des actions de réponse conjointement menées par les sections WASH et Nutrition de l'UNICEF, notamment l'approvisionnement et le pré positionnement des intrants dans les structures sanitaires de la bande sahélienne.

Toujours en juillet 2012, ACF qui met en œuvre l'initiative WASH in Nut avec l'appui financier d'ECHO, a lancé le débat sur la stratégie WASH in Nut au cours d'une réunion du Cluster Nutrition. Les partenaires furent interpellés à réfléchir aux questions et éléments suivants : 1) simplicité/fonctionnalité/efficience; 2) appropriation du personnel de santé; et 3) kit complet ou kit minimum en vue de stratégies à long terme même lors de l'élaboration d'un kit à utiliser en situation de crise.

Selon les différentes personnes rencontrées, ces deux initiatives n'ont pas abouti à des réunions inter-Cluster.

Néanmoins, l'initiative a été mise en œuvre surtout avec les ONG. Le personnel de santé ainsi que les ASC ont été formés, et les intrants ont pu être achetés en autres grâce à des fonds d'ECHO. En novembre 2012 on comptait 185 CNT et CNA distribuant des kits (soit 43 % des CNT et CNA opérationnels) atteignant 52% des couples mères-enfants. Durant ses visites de terrain, l'équipe d'évaluateurs a pu observer la présence de bidons de 100 litres installés sur des supports pour le lavage des mains, et que la PCIMA s'accompagnait de la sensibilisation des bénéficiaires sur les pratiques d'hygiène. Par contre l'équipe d'évaluateurs n'a pas été témoin de distributions de kits. La



plupart des parties prenantes rencontrées au niveau de N'Djamena et du terrain (sous-bureaux UNICEF, DRS, ONG et personnel des CS) s'accordent sur le fait que le secteur WASH est le mieux intégré à la réponse nutrition et que l'initiative WASH in Nut a favorisé cette intégration.

Par contre, plusieurs contraintes ont été mentionnées, dont le manque de partenaires, le financement insuffisant, un système de S&E inadéquat et l'arrivée parcellaire et tardif des kits dans certaines régions.

Tableau 9 Résultats WASH in Nut			
Activité	Planifiés	Réalisés	%
Centres de santé distribuant kits	185	123	43,0
Kits mère/enfant distribués	127 300	66 460	52,2
Source : Sitrep novembre 2012			

### 5.3.4 Prise en Charge psychosociale

*Partant du précepte selon lequel l'intégration de la PEC psychosociale aux interventions nutritionnelles a un impact sur la survie, le développement et la récupération de l'enfant, la section Protection de l'UNICEF WCARO s'est fixée pour objectif de promouvoir la prise en charge psychosociale des enfants dans le cadre de la réponse à la crise nutritionnelle au Sahel.*

Malgré une bonne collaboration entre les sections Protection et Nutrition au sein de l'UNICEF ainsi que l'intérêt de certaines ONG à s'engager dans les activités de PEC psychosociale, le démarrage et la mise à l'échelle des activités de PEC psychosociale ont été très lentes dû à une mobilisation insuffisante des fonds. Aux dires de la section Protection, bien que la PEC psychosociale soit incluse dans le protocole national de PCIMA, les activités de protection se sont jusque-là focaliser sur les situations de réfugiés et déplacés. Pour pallier au manque d'attention aux divers aspects de la protection dans les situations d'urgence chroniques un Sous-cluster Protection de l'enfance a été créé en septembre 2012 avec l'impulsion de l'UNICEF.

**Protocole national :** *La stimulation émotionnelle et physique à travers le jeu devrait commencer durant la réhabilitation et continuer après la sortie, elle peut de cette façon réduire les risques de dommages mentaux et émotionnels. Il est essentiel que le personnel de santé et les mamans comprennent les besoins émotionnels des enfants malnutris et créent une atmosphère joyeuse et favorable à l'éveil psychologique.*

L'appui du bureau régional à travers un consultant a permis la formation de 100 personnes (personnel santé et action sociale) des CNA et CNT.

Les observations recueillies lors des visites de terrain montrent une situation disparate, allant d'aucune activité concrète dans les CNT mis à part la formation d'un pool de formateurs, à la PEC psychosociale bien intégrée à la PCIMA par le personnel étatique formé par l'UNICEF en partenariat avec la direction régionale d'action sociale. Dans un autre DS, le CNT était doté d'un espace d'éveil avec des boîtes à outils pour les séances d'information, éducation et communication (IEC) et des jouets fabriqués avec des matériaux locaux. Dans ce dernier cas, l'ONG qui avait un *Program Cooperation Agreement* (PCA) avec l'UNICEF pour la PCIMA, comprenait au sein de son équipe un coordinateur psychosocial et neuf agents (dont 2 affectés au CNT et 7 mobiles) qui ont été formé par l'UNICEF (une équipe de N'Djamena et Mao).



Un atelier national est prévu en 2013 pour : (1) revoir/analyser ce qui a été fait ; et (2) mettre en place/renforcer la coordination.

## 6 FACTEURS TRANSVERSAUX

Ce chapitre étudie les aspects d'appropriation et de pérennisation des activités de PCIMA, l'adéquation des systèmes de collecte et de gestion de l'information, et la pertinence des mécanismes de coordination de la réponse.

### 6.1 Durabilité

Cette section étudie les progrès réalisés au niveau de l'appropriation de la PCIMA de la part du gouvernement et son intégration dans le système national de soins de santé, ainsi que les aspects de pérennisation des activités de PCIMA.

La PCIMA fait partie intégrante des activités des centres de santé, notamment pour ce qui concerne les cas de MAS dans la zone couverte par la réponse (bande Sahélienne) et le projet de revitalisation initié et soutenu par l'UNICEF vise à en assurer la durabilité. L'appui de l'UNICEF a en outre contribué à l'implication du CNNTA ainsi que les structures décentralisées du ministère de la santé publique (DSR et équipes cadre des DS) dans la planification et la mise en œuvre de la PCIMA.

A l'échelle nationale, le CNNTA codirige les réunions du Cluster Nutrition et le renforcement de ses capacités est inscrit au titre des priorités de la planification stratégique du Cluster. Malgré cet appui, et en l'absence de budgets annuels alloués par le MSP et l'absence de moyens logistiques, combinés à diverses contraintes institutionnelles, organisationnelles et opérationnelles, le CNNTA n'a pas été en mesure de relever les défis importants de coordination, de supervision, et de suivi/évaluation durant la réponse à la crise. Mais, durant son séjour au Tchad, l'équipe d'évaluateurs a été informée par le Secrétaire Général du MSP que le gouvernement soutient le processus de restructuration du CNNTA qui devrait être érigé en direction. Ce processus qui vise la revitalisation du CNNTA, assurerait un positionnement institutionnel favorable à une meilleure intégration de la nutrition dans la politique nationale de santé. L'augmentation du budget alloué au CNNTA en 2013 (le triple du montant alloué en 2012) en est une preuve tangible.

La nutrition est inscrite comme une priorité à part entière dans le plan national de développement (PND) 2013-2015. Cela constitue un progrès en comparaison aux deux précédents documents de stratégie nationale de réduction de la pauvreté durant la période 2003-2011. Cependant il y a un problème de gestion des ressources humaines qui est inhérente à toute l'administration tchadienne. Dans le contexte actuel, il est donc difficile d'envisager la pérennisation des interventions sans le support de l'UNICEF et des PTF. Le montant alloué par le gouvernement aux interventions de nutrition ne permet pas d'approvisionner en intrants les centres nutritionnels et de déployer des ressources humaines sur l'ensemble de la bande sahélienne.

### 6.2 Système de collecte et gestion de l'information

#### 6.2.1 Le système mis en place

Deux systèmes d'informations coexistent au niveau des régions couvertes par la PCIMA : le système d'information sanitaire global du MSP et celui spécifique pour la collecte des données de la PCIMA. La centralisation des données provenant du premier système est assurée par la Direction des statistiques et informations sanitaires (DSIS) du MSP. Le circuit des informations nutritionnelles est pratiquement identique mais se distingue à l'étape de leur centralisation. En effet, la collecte des données est assurée par le personnel du MSP au niveau périphérique (CS, districts) et les données sont centralisées à l'UNICEF après avoir été compilées mensuellement par les points focaux Nutrition au niveau intermédiaire (DRS). Mais ce système n'est pas uniformément appliqué et n'est pas efficient tel que souligné lors de la réunion mensuelle du Cluster Nutrition qui s'est tenue en février 2013 et à laquelle un des membres de l'équipe d'évaluateurs a assisté. Selon quelques partenaires certains rapports ne sont pas transmis à temps par certains CS. D'autre part, le flux de collecte et transmission de données n'est pas uniforme : certains rapports sont envoyés directement à la DRS sans passer par le district sanitaire et d'autres semblent arriver directement à l'UNICEF.

Le traitement et l'analyse des données sont faits sous support Excel et permettent de documenter les efforts consentis dans le cadre de la réponse sur le plan de la couverture des services, la performance des centres nutritionnels et le suivi de l'approvisionnement des intrants.

Toutes les parties prenantes du Cluster nutrition partagent les informations sur les progrès de la réponse au cours de leur rencontre mensuelle. Ainsi, le Cluster offre à la fois un cadre de partage d'informations et d'alimentation des potentiels réajustements ; et en dépit des limites dudit système les informations fournies servent à orienter les interventions des utilisateurs potentiels.

## 6.2.2 Qualité

Le temps imparti à la mission de terrain ne permet pas d'apprécier véritablement la qualité des données produites. Mais la variété des outils de collecte de données d'une région à l'autre soulève des doutes quant à la fiabilité des données. Par exemple, l'équipe d'évaluateurs a noté la présence de différents modèles de fiches de suivi individuel dans un même CS. Selon un des sous-bureaux de l'UNICEF, chaque partenaire utilise ses propres outils.

Il n'y a pas d'information systématique concernant la complétude et promptitude, mais selon certains interlocuteurs la collecte de données est bonne en la présence d'ONG. Selon les estimations d'un des sous-bureaux de l'UNICEF visités, le taux de complétude serait de 80% et le taux de promptitude (soumissions dans les délais prescrits) de seulement 40%.

Parmi les contraintes mentionnées, certaines ONG ont souligné la multiplicité des rapports statistiques qu'ils doivent remplir et soumettre à différentes parties prenantes (tel que leur propre délégation, l'UNICEF, le PAM, les bailleurs de fonds).

## 6.3 Coordination

### 6.3.1 Coordination interne

Une unité d'Urgences a été établie en septembre 2012 pour assurer la coordination interne et externe (inter-Clusters) et coordonner le fonds d'urgences. Cette unité n'intervient pas au niveau des commandes et de la logistique qui restent sous la responsabilité de la section nutrition. L'unité assure la cohérence des contributions de l'UNICEF à OCHA et autres mécanismes de coordination nationaux.

### 6.3.2 Rôle de l'UNICEF dans la coordination de la réponse nutrition

Au Tchad, toutes les activités de prise en charge de la malnutrition aigüe au niveau central sont coordonnées par le MSP avec le CNNTA/MSP comme organe opérationnel. Au niveau intermédiaire, la coordination est assurée par la délégation sanitaire régionale. A ce niveau, des « réunions de coordination sectorielle » se déroulent entre partenaires, sous la coordination du Délégué Sanitaire Régional. Au niveau périphérique, la coordination est assurée par les districts sanitaires. La qualité de la coordination des interventions de la réponse est variable d'une région à une autre selon les modalités de mise en œuvre propres aux partenaires y opérant.

L'approche Cluster a été activée au Tchad en 2007 « afin de soutenir une approche coordonnée en matière de planification stratégique, analyse situationnelle et réponse rapide et efficace » (site internet OCHA). Le Cluster Nutrition est présent au niveau national et sur le terrain sous la forme de sous-clusters tel qu'à Abéché. Ceci est décidé en fonction des besoins de coordination sectorielle entre les acteurs. Les TDR du Cluster Nutrition ont été développés en mars 2012 et un plan d'action a été élaboré durant la période avril-décembre 2012.

La représentation de l'UNICEF dans les régions vise une meilleure coordination des interventions de la réponse grâce au recrutement de spécialistes de nutrition en charge de la collaboration avec les principaux acteurs concernés. Des rencontres mensuelles sont organisées au niveau régional et constituent un cadre d'orientations et de partage d'informations relatives aux interventions. Mais celles-ci ne sont pas régulièrement organisées dans toutes les régions.

Plusieurs parties prenantes ont exprimé leur déception concernant le Cluster Nutrition qui n'aurait pas été une plateforme de consultation et concertation concrètes ; certaines décisions ayant été perçues comme imposées par l'UNICEF qui en assurait la présidence. Le Cluster Nutrition n'aurait pas joué son rôle dans l'identification des « Gaps » et dans les prises de décisions conséquentes. Enfin les divers problèmes logistiques, en particulier la confusion concernant les modalités d'approvisionnement ont contribué à un manque de confiance qui s'est ainsi installé entre l'UNICEF et les ONG courant 2012.

L'UNICEF et le PAM assurent respectivement la coordination de la prise en charge de la MAS et de la MAM dans l'ensemble de la bande sahélienne. Cela traduit une complémentarité des rôles joués par les deux agences mais qui n'a pas toujours été accompagnée par une communication efficace entre les équipes opérationnelles de ces deux agences dans une même région.

## 7 CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Ce chapitre présente les conclusions de l'équipe d'évaluateurs concernant les résultats des interventions appuyées par l'UNICEF dans le cadre de la réponse nutrition à la crise alimentaire et nutritionnelle au Tchad. Les conclusions sont présentées pour les trois grands axes du rapport : ressources employées, résultats et facteurs transversaux, en mettant en exergue les leçons apprises (facteurs de succès et points à améliorer) et bonnes pratiques. Les recommandations qui suivent concernent les aspects nécessitant une mesure corrective.

### 7.1 Conclusions

La déclaration de crise a été faite tardivement en décembre 2011 à la lueur des résultats d'enquêtes menées en novembre 2011. Bien que la réponse nutritionnelle soutenue par l'UNICEF ait débuté dès janvier 2012, que la quasi-totalité des fonds requis pour la stratégie de réponse Nutrition ont été mobilisés, et que globalement les résultats semblent positifs en termes d'efficacité et d'efficacités, le déroulement des initiatives montre quelques défaillances en termes de promptitude. Selon la plupart des acteurs rencontrés, les activités en nutrition ont continué pendant le premier semestre de 2012 comme en 2011, et ce n'est qu'à partir de juin que les efforts pour accélérer la mise en échelle des activités se sont fait ressentir.

La crise alimentaire et nutritionnelle a été un déclencheur de la mise à l'échelle de la PCIMA. Le soutien de l'UNICEF à l'expansion géographique des sites de PCIMA accompagné par une augmentation des ressources humaines à travers le projet de revitalisation du système de la santé - formation d'infirmiers d'état nouvellement diplômés et leur affectation dans les régions les plus démunies - une des initiatives des plus applaudies de la réponse - ainsi que le renforcement des capacités des agents de santé étatiques existants, ont permis d'y répondre et ce malgré quelques faiblesses dans l'approche utilisée. L'expansion géographique n'a pas toujours été équilibrée car dans certains districts l'absence de CNT a compromis la chaîne de PCIMA ; le renforcement des capacités n'a pas toujours été mené en temps opportun et des lacunes subsistent (absence du protocole national ou d'aide-mémoires dans certains CS et adhérence aux critères variable). Le recrutement de personnel technique pour les sous-bureaux de l'UNICEF a été aussi perçu comme une initiative très adaptée afin de décentraliser le suivi et l'accompagnement des actions de la réponse. Cependant, le déploiement tardif de ce personnel (sur le poste à partir de mai - juin 2012), la charge de travail (nombreuses régions pour une seule personne) et des doutes quant à leurs capacités, sont des éléments défavorables qui ont affectés l'efficacité et l'efficacités de cette mesure.

Au Tchad, la question des ressources humaines se pose avec acuité en termes de quantité, de qualité, et de répartition géographique. De par son concept - intégration progressive par le MSP du personnel qualifié recruté avec un financement initial de l'UNICEF - le projet de revitalisation soutenu par l'UNICEF a non seulement répondu à un besoin prioritaire immédiate au Tchad, mais a visé à la durabilité de la PCIMA.

Les supervisions - tant par l'UNICEF que par le MPS à tous les niveaux (CNNTA, DRS et DS) ont été insuffisantes et irrégulières par manque de moyens. Par ailleurs, il n'y a pas de système en place pour les répertorier encore moins pour prendre des mesures correctives. De ce fait, la réponse à la crise a été davantage gérée aux niveaux des structures sanitaires périphériques et intermédiaires qu'au niveau national. Cela constitue une faiblesse dans le mécanisme de coordination et de supervision des interventions.

L'approvisionnement en intrants a été adéquat à l'échelle nationale, mais le système d'approvisionnement jusqu'aux structures prestataires - délai et fiabilité des commandes et délai des livraisons - a présenté des problèmes récurrents avec des goulots d'étranglement à plusieurs niveaux et des responsabilités partagées entre l'UNICEF (N'Djamena et sous-bureaux), le système de santé étatique (des CS aux DSR en passant par les DS), et les ONG. Dans une des régions, une initiative d'un sous-bureau de l'UNICEF de recueil quotidien d'informations a permis de résoudre les problèmes d'approvisionnement.

Enfin, la vente d'ATPE sur le marché a fait l'objet de mesures telles que le renvoi ou l'emprisonnement de certains fonctionnaires ; mais selon certaines parties prenantes ces problèmes ont continué en 2012 et persistent.

### Facteurs de succès

- L'accroissement de la couverture géographique en PCIMA a été important dans le processus de la mise à l'échelle de la réponse à la crise
- La dissémination à travers le Cluster Nutrition de procédures claires concernant la fourniture d'intrants par l'UNICEF aux ONG a permis de juguler du moins en partie les problèmes d'approvisionnement en ATPE

### Points à améliorer

- Le renforcement des capacités a été tardif
- Les supervisions conjointes ou indépendantes ont été insuffisantes et sans outil uniformisé
- Le système d'approvisionnement en intrants – délai et fiabilité des commandes et délai des livraisons – a présenté des problèmes récurrents malgré les efforts de l'UNICEF pour standardiser les procédures
- Les détournements d'ATPE ont persisté malgré les dispositions prises à l'encontre des responsables

### Bonnes pratiques

- Initiative de revitalisation pour renforcer les ressources humaines du MSP a permis de répondre à une insuffisance de ressources humaines qualifiées. Une partie des agents de santé recrutés dans le cadre du projet de revitalisation du système de santé dans la bande sahélienne a déjà été intégrée à la fonction publique
- Initiative d'un sous-bureau de l'UNICEF pour le suivi rapproché des stocks auprès des CS a contribué à la résolution des problèmes d'approvisionnement dans les DS concernés
- Plaidoyer/mobilisation de la section Communication de l'UNICEF : différentes visites qui ont abouti à la mobilisation de fonds pour la nutrition

L'estimation des cas attendus s'est avérée en-deçà des cas de MAS effectivement admis au courant de l'année 2012. Un examen de l'évolution des admissions montre l'absence de correspondance directe avec l'ouverture de nouveaux sites de PCIMA: au moment où la couverture géographique est la plus étendue, le nombre de nouveaux cas de MAS diminue ostensiblement. Soit la réponse (présence de partenaires sur le terrain et/ou mise en œuvre effective du projet de revitalisation) a été tardive, soit encore les actions préventives, notamment les distributions Blanket associées à une amélioration de la sécurité alimentaire, ont eu un effet positif sur l'apparition de nouveaux cas de malnutrition aiguë. Par ailleurs, la couverture – cas admis par rapport aux cas attendus – est variable selon les régions et ce pour diverses raisons dont le dépistage actif variable selon la présence de relais communautaires et le degré de leur implication qui dépend de la présence ou non de rémunération / motivation.

Les indicateurs de performance au niveau du pays adhèrent globalement aux objectifs internationaux SPHERE, en ce qui concerne le pourcentage de guéris, abandons et décès. Mais des disparités existent entre les régions et un nombre élevé de non-répondants est observé : la faible adhérence au traitement de la part des populations avec des absences répétées à cause des distances, les tâches ménagères des mères et le manque de disponibilité des intrants dans les structures de PEC ; et d'autre part les cas de décès non rapportés et considérés comme abandons, et le manque presque total de suivi communautaire des cas par des visites à domicile, ce qui est une cause fréquente de non-réponse au traitement. Le manque de complétude des rapports mensuels d'activité (observée au niveau de la base de données reçue à Ndjamena) et la qualité des données collectées au niveau des structures rendent complexe une analyse détaillée de ces résultats.

La prévention telle que définie dans la stratégie de réponse consistait essentiellement à une intervention *Blanket Feeding*. Celle-ci a été menée par le PAM et l'UNICEF sans planification conjointe ce qui a abouti à l'adoption de modalités de mise en œuvre différentes et même au chevauchement des activités. Le dialogue entre le PAM et l'UNICEF a été tardif, et les résultats et effets de ces interventions ne sont pas clairs.

Faute de ressources conséquentes, l'efficacité est mitigée sur le plan de l'intégration des autres secteurs. En effet, le développement des compétences et l'expertise n'a pas accompagné les objectifs d'intégration. Peu perceptible à travers la réponse nutrition, le secteur de la protection dispose pourtant d'éléments factuels sur les pratiques socioculturels néfastes qui affectent la santé et l'état nutritionnel des enfants. La réponse a été marginale dans ce domaine. Le C4D dispose d'un potentiel intégrateur des interventions de la réponse mais il a été utilisé tardivement. Par contre, la section WASH de l'UNICEF a œuvré pour la mobilisation des diverses parties prenantes en faveur de

l'initiative WASH in Nut. Ces efforts, bien que n'ayant pas abouti à une coordination inter-cluster effective, ont permis l'achat et la distribution de près de la moitié des kits prévus.

Une partie des agents de santé recrutés dans le cadre du projet de revitalisation du système de santé dans la bande sahélienne a déjà été intégrée à la fonction publique pour assurer la pérennisation de l'offre des services de prise en charge et, selon l'accord établi entre l'UNICEF et le MSP les cohortes suivantes devront être progressivement intégrées. Au-delà de l'initiative de revitalisation, la durabilité des effets induits de la réponse en termes d'appropriation reste un défi en général. Mais la durabilité des acquis de la réponse ne peut être assurée en l'absence d'une politique nationale de nutrition et dans un contexte de faiblesses institutionnelles des structures étatiques. Le renforcement des capacités institutionnelles des structures étatiques en charge de la nutrition et des autres secteurs d'interventions est gage d'efficacité et de durabilité de l'action. Cette dimension n'a pas retenu l'attention de l'UNICEF et des autres partenaires au début de la réponse. Au-delà de l'approche d'intervention humanitaire qui assure la survie des groupes vulnérables, la perspective d'actions à moyen et long terme doit être envisagée par l'UNICEF et les partenaires.

Le suivi des informations nutritionnelles est parallèle à celui du système d'information sanitaire et les données sont centralisées/analysées à/par l'UNICEF ; les outils de collecte ne sont pas uniformes, et la transmission des rapports des CS sont souvent tardifs affectant ainsi la promptitude des commandes des ATPE et leur acheminement. Le flux de collecte et de transmission de données n'est pas uniforme et n'est pas assez clair pour certains partenaires. L'uniformisation et la standardisation des outils de collecte et de gestion des données nutritionnelles garantiraient la fiabilité des informations recueillies à différentes échelles.

La coordination et la supervision impliquent des moyens à la fois humains, financiers et logistiques qui n'ont pas toujours été pourvus. Les engagements de l'UNICEF dans la coordination ont été accomplis par la tenue régulière des réunions du cluster comme espaces de partage mais le Cluster Nutrition n'aurait pas été une plateforme de consultation et concertation concrètes ; certaines décisions ayant été perçues comme imposées par l'UNICEF qui en assurait la présidence. Le Cluster Nutrition n'aurait pas joué son rôle dans l'identification des « Gaps » et dans les prises de décisions conséquentes. Enfin les divers problèmes logistiques, en particulier la confusion concernant les modalités d'approvisionnement ont contribué à un manque de confiance qui s'est ainsi installé entre l'UNICEF et les ONG courant 2012.

#### **Facteurs de succès**

- Les enquêtes SMART ont contribué à maintenir le niveau de vigilance selon le taux de prévalence de la malnutrition par région. Couplées aux enquêtes SQUEAC, elles constituent des outils d'aide à la décision des intervenants de la réponse.
- L'accroissement de la couverture en PCIMA a été important dans le processus de la mise à l'échelle de la réponse à la crise
- L'intégration des composantes Nutrition-WASH-Santé a été réalisée même si des limites sur la constance des interventions sont relevées.

#### **Points à améliorer**

- La non-adhérence au traitement et l'insuffisance du suivi communautaire des abandons sont parmi les causes principales de non-réponse à la PEC
- Les modalités différentes de motivation des ASC appliquées par les partenaires de mise en œuvre ont affecté la régularité et la couverture du dépistage actif et du suivi à domicile
- La PEC de la MAM à travers les CNS a été irrégulière soit en raison de l'absence de partenaire de mise en œuvre soit pour manque d'intrants
- Le dialogue entre le PAM et l'UNICEF concernant le Blanket Feeding a été tardif, et les résultats et effets de ces interventions ne sont pas clairs.
- Le CNNTA n'a pas été en mesure de relever les défis importants de coordination, de supervision, et de suivi/évaluation durant la réponse à la crise.

#### **Bonnes pratiques**

- Intégration progressive de la PCIMA dans le paquet minimum d'activités dans tous les centres de santé couverts par la réponse
- PEC psychosociale : un atelier national prévu en 2013 pour : (1) revoir/analyser ce qui a été fait ; et (2) mettre en place/renforcer la coordination.

## 7.2 Recommandations

La mission d'évaluation indépendante en temps réel (RTIA) qui a visité le Tchad en juillet 2012 avait formulé plusieurs recommandations. Celle-ci a été suivie en septembre 2012 (à peine trois mois avant la présente mission) par une mission d'évaluation de la PCIMA qui elle aussi avait formulé des recommandations détaillées concernant les politiques et stratégies nationales en matière de nutrition ainsi que la mise en œuvre de la PCIMA. Dans l'ensemble, la présente mission corrobore avec les recommandations de ces deux missions, et note que déjà une ébauche de réponse a été amorcée début 2013, par exemple, le rôle du CNNTA.

La mise en œuvre du plan de réponse à la crise nutritionnelle a été confrontée à quelques contraintes et défis tels que résumés dans les encadrés de la section précédente et pour lesquels la mission recommande des actions en terme d'élaboration de politiques et plans opérationnels et en terme d'amélioration de l'efficacité, l'efficacité et la qualité de la mise en œuvre des interventions.

<b>Politiques, stratégies et plans d'action</b>	<b>Responsabilité (chef de file / autres partenaires)</b>
⇒ Allouer les fonds nécessaires à la future Direction de la Nutrition du MSP <sup>11</sup> pour qu'elle puisse accomplir les tâches qui lui incombent dans les domaines de la planification, la coordination et la supervision des activités en nutrition sur le pays ⇒ Elaborer une politique de santé communautaire qui définit le statut des relais communautaires dans le système de santé ; détermine un paquet d'activités, y compris la nutrition, qui leur est attribué ; et précise les modalités de leur motivation	Gouvernement du Tchad / MSP avec le soutien et la collaboration des PTF
⇒ Elaborer, au sein de l'UNICEF et au sein du Cluster Nutrition un plan de réponse sectoriel afin d'assurer et garantir une réponse opportune et adéquate suite aux crises humanitaires, avec l'implication de tous les PTF et du gouvernement	Cluster Nutrition (ensemble des PTF), UNICEF, gouvernement
⇒ Etablir une lettre d'entente entre l'UNICEF et le PAM définissant les responsabilités respectives des deux agences dans la PCIMA et la prévention, incluant les mécanismes de ciblage et les modalités de mise en œuvre des interventions	UNICEF / PAM

<sup>11</sup> L'intégration du CNNTA comme Direction au sein du MSP était en cours de validation durant la visite de la présente mission en février 2013.

<b>Mise en œuvre des interventions</b>	<b>Responsabilité (chef de file / autres partenaires)</b>
⇒ Organiser un atelier de planification des supervisions des activités de nutrition sur le terrain (individuelles et conjointes MSP/UNICEF/ONG) et pour la révision et harmonisation des outils	UNICEF / Cluster Nutrition / MSP
⇒ Garantir que les capacités de l'UNICEF disponibles en périphérie sont capables de soutenir techniquement, logistiquement et en gestion le MSP et ses partenaires opérationnels (augmenter les postes décentralisés en cas de nouvelle crise)	UNICEF
⇒ Etablir des procédures efficaces pour la gestion des intrants de la PCIMA au niveau des structures prestataires de la PCIMA (incluant un système de commande basé sur la consommation / admissions) ⇒ Organiser des sessions de formation sur la gestion des intrants pour les gestionnaires à tous les niveaux (DRS et DS) ainsi que pour les ONG partenaires de mise en œuvre → Concernant les détournements à large échelle des ATPE : renforcer la sécurité des entrepôts et prendre des sanctions disciplinaires / judiciaires à l'encontre des responsables avec exigence de remboursement → Etablir un calendrier de visites d'inspection indépendantes (UNICEF) et conjointes (avec MSP et partenaires)	Gouvernement / MSP / UNICEF
⇒ Etablir un programme annuel de formation et recyclage des agents de santé et des ASC et assurer la dissémination du protocole, aides mémoire et autres intrants à toutes les structures prestataires de la PCIMA	MSP /Cluster Nutrition / UNICEF
⇒ Revoir et harmoniser le système de collecte et gestion des données de la PCIMA : supports et flux d'information et définition des responsabilités (rôle du MSP/CNNTA dans la compilation et l'analyse)	UNICEF (consultation externe d'environ trois mois)/ MSP

## **8 ANNEXES**

1. Itinéraire de la mission
2. Liste des documents consultés
3. Liste des personnes rencontrées
4. Nombre de centres nutritionnels par district sanitaire
5. Termes de référence de la mission
6. Méthodologie

Annexe 1 Itinéraire de la mission d'évaluation au Tchad février 2013

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
11	12	13	14	15	16	17 Arrivée à NDJ
18	19	20	21	22	23	24
NDJ Entretiens	NDJ Entretiens	MS & LB : Wadi Fira Visites de sites de PCIMA et entretiens			NDJ	MS & LB départ pour le Kanem
		MM à NDJ : Entretiens				
25	26	27	28	1	2	3
MS & LB: sur le terrain à Mao Visites de sites de PCIMA et entretiens		MM & MS & LB à NDJ Entretiens et Préparation restitution	MM & MS & LB a NDJ Restitution interne UNICEF			
MM : Hadjer Lamis Visites de sites de PCIMA et entretiens	MM à NDJ : Entretiens		Départ de MM & MS			

Visites terrain

N'Djamena

## Annexe 2 Liste des documents consultés

### **A. UNICEF**

#### **Rapports statistiques**

UNICEF Tchad Situation Report (mai, juin, juillet, octobre et novembre 2012)

#### **Santé & Nutrition**

REACH-Tchad Plan national de mise en œuvre (CIP)

REACH-Tchad (juin 2012) Programme 2013-2015 Concept Note (Draft June 16th 2102)

UNICEF/Clarysse Guy et Steirteghem Viviane (2012) Initiative pour l'expansion de la réponse nutritionnelle et la revitalisation des centres de Santé de la bande sahélienne au Tchad

#### **C4D et Communication**

DeBlois M-J (octobre 2012) Rapport final Consultance C4D en appui à l'urgence nutritionnelle. Bureau de l'UNICEF au Tchad

DeBlois M-J (octobre 2012) Présentation Power Point-Consultance C4D en appui à l'urgence nutritionnelle. Bureau de l'UNICEF au Tchad

DeBlois M-J (octobre 2012) UNICEF WCARO Trip Report

Calderon H/Chief Communications UNICEF Tchad External Communication Strategy for Nutrition Crisis CHAD 2012-2013

Draft Communication Plan Nutrtrion Crisis in the Sahel (Excel)

Stratégie de communication pour le développement élaborée dans le cadre de la réponse intégrée à la crise nutritionnelle dans la bande sahélienne du Tchad

UNICEF & République du Tchad (Novembre 2012) Stratégie de communication pour le développement élaborée dans le cadre de la réponse intégrée à la crise nutritionnelle dans la bande sahélienne du Tchad. Validée par le Ministère de la Santé du Tchad et les partenaires humanitaires

VIP & High Ranking Visits Calendar (Feb - December 2012)

#### **Education**

Cluster Education-Tchad (janvier 2013) Tchad Stratégie du Cluster Education 2013 – 2015

Draft du rapport de la mission d'évaluation rapide de la crise nutritionnelle sur les écoles de la bande sahélienne (7-13 mai 2012)

#### **Protection**

Sous-Cluster Protection de l'Enfance (octobre 2012) Carte : Qui fait quoi où ?

Sous-Cluster Protection de l'Enfance Termes de Référence

Sous-Cluster Protection de l'Enfance La Stratégie Opérationnelle 2013-2015

#### **SPPME**

UNICEF & République du Tchad (février 2012) Programme de Coopération Tchad-UNICEF 2012-2016. Plan Intégré de Suivi et Evaluation (PISE 2012)

UNICEF (2011) Projet de descriptif de programme de pays Tchad

#### **WASH**

Budget Strategy Wash-Nut (Excel)

UNICEF Tchad (2009) Actualités sur la crise nutritionnelle au Grand Kanem

Groupe Régional WASH (2012) Stratégie « WASH in NUt » Crise Nutritionnelle et alimentaire du Sahel 2012

Logical Framework WASH in Nutrition Crisis

Paquet minimum "WASH in Nut", indicateurs et activités par cible

#### **CNNTA**

République du Tchad & UNICEF (2011) Protocole National de Prise en Charge de la Malnutrition Aigüe

#### **Cluster Nutrition**

Cluster Nutrition Tchad (2012) Réponse à la crise nutritionnelle. Bulletin Cluster Nutrition – Trimestriel d'informations du Cluster Nutrition Tchad. Avril-Juin 2012

Cluster Nutrition Tchad Plan d'Action du Cluster Nutrition Période : Avril 2012 - Décembre 2012  
Cluster Nutrition Tchad (mars 2012) Termes de Référence Cluster Nutrition, N'Djamena-Tchad  
Cluster Nutrition Tchad (2012) Comptes rendus des réunions mensuelles en 2012

## **B. Autre sources**

ACF (2012) Evaluation semi-quantitative de l'accessibilité et de la couverture (SQUEAC) - Districts sanitaires de Mao et Mondo Région du Kanem Tchad (août 2012)

Commission Européenne (2013) Fiche-Info ECHO Crise alimentaire et nutritionnelle au Sahel.

FAO (2012) Crise au sahel 2012 : assurer la sécurité alimentaire et les moyens d'existence. Note d'information N°1 du 6 février 2012

IASC régional et groupe de travail régional sécurité alimentaire et nutrition (2012) Plan de réponse face a la crise alimentaire et nutritionnelle au Sahel

MSP/UNICEF (2012) Enquêtes nutritionnelles et de mortalité rétrospective par la méthodologie SMART dans 11 régions de la bande sahélienne du Tchad. Rapport Final

Nations Unies (2013) Chad Consolidated Appeal 2013+

OCHA (2012) Tchad : Présence des acteurs en août 2012

OCHA (2012) Tchad Carte : Organisation administrative

OCHA (2012) Chad : Humanitarian Snapshot as of 24 September 2012

OCHA (2013) Bulletin Humanitaire Tchad – janvier 2013-02-22

OCHA (2013) Liste nominative des membres du HCT du Tchad à la date du 26 janvier 2013

OCHA (2012) Chad 2012 Consolodated Appeal - Humanitarian Dashboard as of 18 November

OMS (2008) Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays 2008-2013 – Tchad

ONSAHDIS/ONDR/PAM/FAO/UNFPA/UNOCHA/AFDI/BCI/FPT/ASSAR (2012) Impact de la réponse à la crise alimentaire et nutritionnelle et capacités de résistance des populations aux chocs des aléas - Ouaddaï, Sila et Wadi Fira, Rapport d'évaluation coordonnée du 24 novembre au 3 décembre 2012

Partenaires en nutrition et zones d'intervention (powerpoint)

République du Tchad-Ministère du Plan, de l'Economie et de la Coopération Internationale/Institut National de la Statistique, des Études Économiques et Démographiques (INSEED)/UNFPA/UNICEF (2011) Enquête par grappe à indicateurs multiples Tchad 2010 – Rapport Final

UNICEF/Service de l'évaluation (2012) Evaluation de la Prise en Charge Communautaire de la Malnutrition Aiguë (PCMA) - Etude de Cas du Tchad. Evaluation Report

## Annexe 3 Liste des personnes rencontrées

Prénom Nom	Fonction	Adresse électronique
<b>N'DJAMENA</b>		
<b>UNICEF</b>		
Bruno Maes	Représentant	
Paola Valenti	Chef Section Nutrition	<a href="mailto:pvalenti@unicef.org">pvalenti@unicef.org</a>
Ismael Ngine Teta	Spécialiste Nutrition	
Mehoudou Faton	Chef Section Survie	<a href="mailto:mfaton@unicef.org">mfaton@unicef.org</a>
Venuste Rwamfizi	Coordinateur cluster nutrition	<a href="mailto:vrwamfizi@unicef.org">vrwamfizi@unicef.org</a>
Guy Yogo	Responsable des urgences	<a href="mailto:gvoyo@unicef.org">gvoyo@unicef.org</a>
Beatrice Wakimunu	Chef Section Education	<a href="mailto:bwakimunu@unicef.org">bwakimunu@unicef.org</a>
Lillian Okwiri	Chef section WASH	<a href="mailto:lokwiri@unicef.org">lokwiri@unicef.org</a>
Bakary Sogoba	Chef section protection	<a href="mailto:bsogoba@unicef.org">bsogoba@unicef.org</a>
Hector Calderon	Chef section communication / C4D	<a href="mailto:hcaldero@unicef.org">hcaldero@unicef.org</a>
El Hadj Diouf	Chef section SPPME (intérim)	
Pacifique Ngata Ynqamaye	Spécialiste planification / S&E	
Ahmat Hamid	Spécialiste Politiques et Planification	<a href="mailto:ahamid@unicef.org">ahamid@unicef.org</a>
Nanalngar Moyengar	Spécialiste Approvisionnement & Logistique	<a href="mailto:nmoyengar@unicef.org">nmoyengar@unicef.org</a>
<b>PTF</b>		
David Bulman	Chef de programme PAM	<a href="mailto:David.bulman@wfp.org">David.bulman@wfp.org</a>
Raphael Chuinard	Chargé de Programme PAM	<a href="mailto:Raphael.chuinard@wfp.org">Raphael.chuinard@wfp.org</a>
Jane Lewis	Assistant Technique ECHO	
<b>MSP</b>		
Dr Mahamat Annour Wadak	Secrétaire Général du Ministère de la Santé	
Dr Adoum Daliem	Chef CNNTA au Ministère de la Santé	
<b>ONG</b>		
Félix Léger	Directeur Pays IRC	<a href="mailto:Felix.Leger@Rescue.org">Felix.Leger@Rescue.org</a>
Franck Mpoyi	Coordinateur Nutrition IRC	<a href="mailto:Franck.Mpoyi@Rescue.org">Franck.Mpoyi@Rescue.org</a>
Sani Aliou	Directeur de Programme IMC	<a href="mailto:saliou@internationalmedicalcorps.org">saliou@internationalmedicalcorps.org</a>
Sele Mulanda	Coordinateur nutriiton CRF	
Aristide	PU-AMI Responsable Santé et Nutrition	
Mathieu Ebbesen-Goudin	PU-AMI Chef de Mission	
Philippe Bonnet	Solidarités Internationale Chef de Mission	
Zigro Dardoum	ACF-F Adjointe Responsable Nutrition	
Olivia Freire	ACF-F Nutrition	
Déo Katsuva	ALIMA Coordinateur Médical	
Yannick Géoris	Merlin Directeur Pays	
Clotilde Lappartient	MSF-Hollande Chargée Affaires Humanitaires	
<b>REGIONS DE L'EST</b>		
Moustapha Grovogui	Nutrition UNICEF sous-bureau Abéché	<a href="mailto:mgrovogui@unicef.org">mgrovogui@unicef.org</a>
Dr Abdelsalem Mahamat	Responsable de Programme, BASE régions de l'est	
Dagai Kadare	Chef de Poste centre de santé de Kouba, district d'Iriba	
Mahamat Ousmane Ahmat	Chef de Zone (santé) du District d'Iriba	
Beito Alexis	Infirmier CNT Iriba (IMC)	
Alias Youssouf	Superviseur IMC	
Mme Zam Zam Soumaine	Chef de Poste centre de santé (urbain) d'Iriba	
Gabriel	Superviseur cliniques mobiles BASE	
Zo Eorintany	Chef de bureau PAM Iriba	
Francis Adoum	Consultant C4D UNICEF à Am Dam (en visite à Iriba)	

<b>Prénom Nom</b>	<b>Fonction</b>	<b>Adresse électronique</b>
<b>KANEM</b>		
Sylvain Toé	Equipe ACF – Kanem	
<b>HAGJER LAMIS/MASSAGUET</b>		
Dr Amane Koumaye	MCD	
Koumabasse Justin	Responsable PEV	
Yaya Brahim	Gestionnaire de district	
Absakine Hicham	Chef de zone	

## Annexe 4 Nombre des CNA, CNT et CNS par district sanitaire

REGIONS	DISTRICT SANITAIRE	PARTENAIRES	CNA	CNT	CNS
Kanem	Mao	DSR, ACF, SIF	29	1	15
	Nokou	DSR	11	1	8
	Mondo	DSR, ACF	15	1	13
	Rig Rig	DSR	6	0	5
			61	3	41
BEG	Moussoro	DSR, ACF, IRC	40	1	37
Lac	Bol	DSR, Bambini, IMC	17	1	15
	Bagassola	DSR, Bambini, IMC	11	1	0
	N'Gouri	DSR, ALIMA	23	1	20
			51	3	35
Guera	Mongo	DSR, IRC, CSSI	17	1	7
	Bitkine	DSR, WVI, CSSI	9	1	4
	Melfi	DSR, CSSI	5	1	16
	Mangalmé	DSR, CSSI	5	1	5
			36	4	32
Batha	Ati	DSR, CRF	12	1	12
	Oum Hadjer	DSR, CRF	14	1	14
	Yao	DSR, SI	9	1	9
			35	3	35
Hadjer Lamis	Massakory	DSR, MSF-CH	7	1	9
	Massaguet	DSR, MERLIN	15	1	12
	Bokoro	DSR, MSF-NL	9	1	10
			31	3	31
N'Djamena	N'Djamena	DSR, NDA, Béthanie	2	1	0
Wadi Fira	Iriba	DSR, IMC	11	1	4
	Guéreda	DSR, IMC	16	1	2
	Biltine	DSR, Base, IMC, COOPI	19	1	0
			46	3	6
Ouaddaï	Abéché	DSR, CRT, Base	25	2	10
	Adre	DSR, CSSI, IRC, Base, CRT, PU-AMI	21	3	13
			46	5	23
Sila	Goz Beida	DSR, Concern, COOPI, IMC,	23	2	19
	Am Dam	DSR, CSSI, IMC	2	1	2
	Koukou	DSR, BASE, ADES	0	0	4
			25	3	25
Salamat	Abou Deia	DSR, IMC	7	1	1
	Am Timan	DSR, MSF-NL	11	1	0

REGIONS	DISTRICT SANITAIRE	PARTENAIRES	CNA	CNT	CNS
	Haraze	DSR, CSSI	0	0	1
			18	2	2
Ennedi	Am Djarass	DSR, IRC	2	1	1
Moyen Chari	Denamadji	DSR, HCR, CSSI	0	0	2
Logone Or.	Gore	DSR, CSSI	0	1	3
Logone Occ.	Moundou	DSR, World Vision	0	0	3
Tandjile	Kelo	DSR, World Vision	0	0	2
	Lai	DSR, World Vision	0	0	12
Total			393	33	290

	CNA	Nombre de centres de santé fonctionnels	Difference	%
Kanem	60	71	11	84.5
BEG	37	41	4	90.2
Guera	36	42	6	85.7
Batha	35	36	1	97.2
Lac	54	46	-8	117.4
H-Lamis	31	45	14	68.9
N'Djamena	2	25	23	8.0
Ouaddai	42	48	6	87.5
Sila	16	21	5	76.2
Salamat	18	36	18	50.0
Wadi-Fira	39	54	15	72.2
Ennedi	1	11	10	9.1
Total	371	486	115	76.3

## Annexe 5 Termes de référence

### BACKGROUND

West and Central Africa has less than 10% of the world's population but accounts for over 30% of the global burden for child mortality and morbidity. Around 7 million children under-five years of age in West and Central Africa Region suffer from global acute malnutrition and 2.5 million are wasted (severe acute malnutrition). Wasted children are 9 times at risk of dying if not treated. Almost half of the severely malnourished children are in the Sahelian countries.

The Sahel belt cuts across nine countries, in the region including Mauritania, Senegal, Gambia, Mali, Burkina Faso, Niger, Nigeria, Cameroon and Chad. This belt experiences recurrent nutrition emergencies where high numbers of children require life-saving treatment for severe and acute malnutrition. These countries have a high proportion of poverty, malnutrition, and illiteracy and this coupled with failing protective mechanisms within governments, communities, and families. These factors leave women and children highly vulnerable.

The overall prevalence of GAM in 2011 exceeded 10% in the majority of national and sub-national nutrition surveys completed in the Sahelian countries and exceeded 15% in Chad and parts of Niger. It is important to note that 2011 was broadly considered as a year with favorable food security conditions, demonstrating the weak link between food security and nutrition measures. It is important to note that the malnutrition crisis in the Sahel is chronic with picks, hence building resilience to intervention is key (see below).

In late 2011, the governments of Niger, Burkina Faso & Mauritania declared 2012 to be a crisis year in terms of food production and availability. If the harvest is compromised as predicted, it will clearly worsen the nutrition situation in 2012: this accompanied with the already significant levels of acute malnutrition that exist throughout the region will translate into an unacceptable but predictable number of child deaths.

### DESCRIPTION & OBJECTIVES OF THE INTERVENTIONS

An integrated response is being implemented in the nine countries with a focus on scaling up the integrated management of severe acute malnutrition (IMAM). The key aspects of the response are:

- **Treatment of severe acute malnutrition (SAM):** active case finding and community case management of SAM; WASH<sup>12</sup> in treatment facilities/communities (e.g. access to potable water for affected families/communities, latrine construction); Health (e.g. active screening, malaria prevention / treatment and immunization campaigns, HIV/AIDS in areas where treatment of malnutrition is ongoing); and communication for development (C4D), especially messaging for infant and young child feeding (IYCF) as well as hygiene promotion. The integration of the management of acute malnutrition in the health system reduces wasted efforts to start and stop emergency nutrition responses facilitates the implementation of the response, and improves coverage.
- **Treatment of moderate acute malnutrition (MAM):** case management of MAM with an integrated approach to incorporate WASH, health and C4D.
- **Building Resilience:** Preventive blanket feeding, Improving IYCF (especially complementary feeding); Improving maternal health and nutrition; reinforcing WASH within the context of nutrition interventions, social protection systems (cash transfer and others); reinforcing protection systems to reduce high risk behaviour, abuse and exploitation of children and women particularly around migration from rural into urban areas and C4D including care for child development and strengthening psychosocial support.

The interventions simultaneously address the various dimensions of the crisis in terms of its impact on children and women. The overall response strengthens vulnerable areas by offering an integrated package of interventions to optimize the impact on children and women affected and maximize resource utilization.

UNICEF role at country level is to:

- Provide technical assistance to government and civil society organisations
- Coordinate response as cluster lead for nutrition and WASH, education
- Provide supplies for therapeutic treatment of SAM children
- Supervise and monitor implementation especially coverage and quality of the response
- Identify and help to fill out the gaps
- Provide technical assistance to governments to design, implement, analyze and use SMART surveys results not only for monitoring trends of selected nutrition indicators, but also for planning purposes.

Roles and responsibilities are different according to the level within the health system:

- The national level is responsible for providing technical assistance to sub-national level; elaborate policies and standards; supervise and monitor the response;
- The sub-national level (regions) is responsible for providing technical support; supervise and monitor response at district level
- The district level is the operational level in charge of ensuring response implementation. It is responsible for providing technical support; supervise and monitor response at peripheral level (facilities and communities)

---

<sup>12</sup>WASH – Water, Sanitation and Hygiene and education

UNICEF support partners (government and NGOs) to implement the response by providing technical assistance; funds and supplies.

The response aim to achieve the following objectives/results:

- At least 70% of the SAM children are admitted to a treatment
- At least 70% of health centres in high prevalent areas offer the integrated management of severe acute malnutrition
- At least 90% of the IMAM programmes adhere to the sphere standards.

## **RATIONAL OF THE EVALUATION**

The geographic scope of the Sahel crisis (i.e., number of countries, the magnitude of its toll on children) and the level of response provided underline the need for UNICEF to learn and improve on its response for children and women in the earliest stages of the crisis. Such early learning and retooling is a way of reducing the likelihood of preventable loss of life and the magnitude of suffering by identifying key areas in need of urgent action. Toward this end, it is important that UNICEF undertake an independent evaluation to provide UNICEF and all other stakeholders including governments of host countries, regional partners with an impartial perspective on whether its response to the nutrition crisis has been of high quality, coherent and sustainable. The findings of this focused evaluation will complement the early real-time independent assessment already undertaken in the 4 countries, including Niger, Nigeria, Mauritania and Chad. This proposed evaluation focused on the nutrition component will cover Burkina, Niger and Chad, with an overlap of two of the 4 countries covered by the Real Time Independent Assessment (RTIA), recently implemented in May-June 2012; the report is among the important documents to be reviewed during the process of this evaluation. These 3 countries have been selected for the reasons that each has high burden of malnutrition (Burkina~100,000; Niger~393,000 and Chad~127,000) and they are at different stage of their scaling up with Niger having the most mature integrated management of acute malnutrition (IMAM) programme. Nigeria and Mali also have high case load but are not included because of security reasons. Furthermore, the coordination mechanisms differ in the three countries: Chad has a cluster coordinator for nutrition; Niger is cluster country without a dedicated coordinator, Burkina Faso is not a cluster country but has a nutrition working group. The evaluation may look into difference of the issues evaluated in these countries.

## **PURPOSE AND OBJECTIVES**

The purpose of the evaluation is mostly regional learning, enabling evidence-based decision-making, understanding what works or did not work and ultimately to propose suggestions and recommendations to help mitigate the next crisis, and improve on-going recommendations on nutrition programmes in the region. The lessons and recommendations from the evaluation will be used by national governments, UN agencies, donors, NGOs for strengthening existing programmes as well as for advocating for leveraging resources for effective nutrition programmes strategies and interventions.

More specifically the objectives of the evaluations are:

1. To examine, as systematically and objectively as possible, the effectiveness, efficiency, sustainability and quality of the nutrition responses in three countries in the Sahel including Chad, Burkina Faso and Niger
2. To verify the quality of the data and estimate (accuracy, reliability) used in the nutrition programme performance tracking and in order to mitigate the questions raised about the evidences produced around the programme achievement
3. To examine the effectiveness of related cross-cutting issues such as coordination and management; gender, equity; capacity development; advocacy and policy development; and monitoring and evaluations
4. To assess the extent to which “intersectorality linkage” between nutrition and other sectors including but not limited to education, child protection, HIV, WASH has been implemented, including the assessment of effectiveness and efficiency
5. To document good practices and generate evidence-based lessons and recommendations to improve and strengthen current nutrition programmes in terms of corrective actions, resources allocations, and plan for future nutrition crisis and programmes in the region.

The evaluation is taking place in the middle of food and nutrition crisis in the Sahel where UNICEF is playing a critical role in shaping an equitable response in support of governments, NGOs, INGOs and other UN organizations. An Independent Real Time Assessment has been conducted from June to August 2012. The nutrition component evaluation will complement this assessment.

## **SCOPE OF THE EVALUATION AND INTENDED USERS**

### **Scope**

In terms of geographic scope, three countries out of the nine countries have been selected to be part of this evaluation including Burkina, Chad and Niger. The criteria for selecting the aforementioned countries included the size of the country and the magnitude of the nutrition crisis, and whether there is cluster response or not. Moreover, the limited amount of financial resources did not allow covering the eight countries. It is further expected that lessons learned and the results from these three countries will also be beneficial and apply to the remaining countries. An effort will be deliberately made to ensure that the findings are disseminated to the remaining countries.

As described above under the purpose and objectives section, the evaluation will focus on the effectiveness, efficiency, sustainability, quality and coordination of the response. Coordination of the response, including but limited to communication, information sharing, timeliness of the information sharing, organization of the

services.... Efficiency: human and financial resources, capacity to respond, progress toward targets, and treatment and geographic coverage of harder to reach areas; Efficiency of the response and operations: timeliness, cost-effectiveness, internal coordination, coordination with other stakeholders; the partnerships put in place and role of stakeholders including UNICEF's contribution to effective coordination mechanisms; the utilization of the available funds and measures put in place for adequate disbursement, reporting and management procedures, as well as effective supervisory mechanisms.

Furthermore it will seek to verify the quality of the data supporting the performance measurement of the program including the accuracy and the reliability of the key indicators and estimates, including but not limited to quantity and quality of inputs (i.e., supplies, equipment, monies, human resources, technical assistance) put forward for the response and outputs and outcomes achieved; operational capacity, procedures and processes put in place.

It seeks to innovatively assess the effects on the affected population and other stakeholders, intended and unintended, positive and negative including assessment of barriers and bottlenecks influencing implementation of the response; and opportunities that may contribute to better targeting and make the response much more effective in reaching the geographic affected areas and most affected populations.

### **Intended users and use**

The intended use of this in-depth evaluation is primarily learning to inform improve current and future programs in the context of nutrition crisis in the region; it will also contribute to corrective measures of the current nutritional response. The findings will contribute to support the strengthening of COs' response, senior management response not only at country level but also at the regional level. Therefore, the findings and lessons learned could serve for supporting advocacy and resource mobilization at COs and RO levels to better respond to the needs of affected populations in the Sahel. The primary users of the assessment are primarily UNICEF RO and COs in WCARO.

In summary the followings:

- Government of respective countries
- UNICEF staff frontline workers, managers and advisors at country levels
- UNICEF nutrition section chiefs and given that the response to the nutrition crisis is approached in an integrated manner, all other sections chiefs are also users.
- Regional Sr. management team

Secondary users include non-UNICEF partners (i.e., implementing partners, inter-agency partners, CBOs, and so on) in the region and affected countries by way of contributing to rolling out the relevant findings, conclusions and recommendations.

Finally, it is expected that the findings of this evaluation will contribute to regional and global knowledge, and in line with UNICEF's Evaluation Policy, the final report and management response will be uploaded into UNICEF evaluation database and making it accessible throughout the organization. It may be also shared other key stakeholders as appropriate.

## **EVALUATION CRITERIA AND QUESTIONS**

**Sustainability:** In terms of sustainability, the evaluation will examine administrative, institutional, technical and financial sustainability and explore possible opportunities for expansion of effective interventions:

- What progress has been achieved to build IMAM programme's ownership by the Government and its integration in the national service health delivery system?
- How feasible are the current interventions in terms of the ability to be sustained without direct technical/financial support by UNICEF and other agencies? What factors have supported or inhibited expansion and scale up of nutrition interventions?
- What are the issues and options related to the feasibility (administrative, institutional, technical, and financial) for replication and expansion?
- What are the risks to sustainability that are related to discontinuation of external supports?
- Do local partners and NGOs involved in the responses have the technical, financial, and institutional capacity to continue to implement the key interventions with limited external supports?
- At national, what is the capacity of government in planning, coordinating and building the capacity of subnational levels partners to design and implement nutrition interventions? (same question for regional level to district, and from district to facility levels and community levels)
- What are the challenges in maximizing results from capacity building opportunities (training and others?)

**Effectiveness questions:** The following are illustrative questions that will be fine-tuned during the inception phase:

- How successfully has UNICEF delivered results against the specific programmatic, cluster and operational commitments it has pledged to achieve as stated in their strategic responses at country and regional levels? (primarily applicable to the 6–59 month age group: (i) more than 90 per cent of the target population is within less than one day's return walk (including time for treatment) of the programme site; (ii) coverage is >50per cent in rural areas, >70per cent in urban areas and >90per cent in camp sites; (iii) proportion of discharges from therapeutic care who have died is <10per cent, recovered is >75per cent and defaulted is <15percent).
- What are the outcome level results achieved in the nutrition response in the Sahel? What is the contribution of UNICEF in achieving outcome-level results?

- What if any unintended consequences, either positive or negative, have the response had on local populations and local institutions?
- To what extent is the response meeting the needs of affected population? Of national governments? How well the viewpoints of the affected population are collected and feedback into the program implementation and improvement?
- Is UNICEF's programmatic response articulated, prioritized and targeted to reach most affected geographic areas and most affected population? How gender is incorporated into the response? What is the coverage of the responsive for males and females? If any disparity, how can that be explained?
- Is UNICEF supply available consistently at service delivery points and community levels to meet the needs of affected populations? What are major bottle necks related to the supply side?
- What are the mechanisms put in place to deal with the demand side of the nutrition response? How well is it working? What are major bottle necks related to the demand side?
- How well has the Government's capacity been strengthened as it has the primary responsibility to respond to its population's needs? How well have CBOs/NGOs capacity been strengthened to respond to population's needs; and how do those interventions feed into national level response?

#### **Efficiency questions**

- How effectively have resources been used to achieve outputs and outcomes?
- To what extent have innovative or alternative models of delivering on the response been explored and exploited to lower costs and/or maximize results?
- To what extent were key operational support functions (i.e., human resources availability, capacity and motivation, funding, planning for the response) efficient and cost-effective in scaling-up to meet the needs of the affected populations? Why and why not?
- What are the cost items that are incurred within the different phases of the nutrition response (monetized and non-monetized, direct cost, technical assistance, capacity building, monitoring and evaluation...)? What is the estimated cost per unit served in each country? (FANTA-Food and Nutrition Technical Assistance- cost estimated model may be used)
- How well UNICEF met the needs in terms of technical assistance, supervision, capacity building of local partners, procurement at all levels (national, regional, district, and community levels)? What are the bottle necks and possible opportunities?

#### **Quality questions**

- Do partners follow national and or international standards in terms of nutrition in implementing the response? Why and why not? What are the major bottle necks and opportunities?
- How well do providers adhere to national or international standards? Do service delivery points possess the human and standard materials needed and as required by national standards in order to provide quality services? Are there places where services should have been delivered but are not? Why?
- How well continuum of care of integrated management of acute malnutrition functions, from inpatients to outpatients, and from severe acute malnutrition (SAM) to moderate acute malnutrition (MAM)?
- What is the quality of services as perceived by the direct beneficiaries? What could be undertaken to improve the quality of services?
- How well is the M&E system if any, functioning to support the evidence in the implementation and refinement of the response?
- Do the M&E systems produce quality data in terms of accuracy, reliability, timeliness? Is the data produced trusted by users? Why and why not? What are the issues of data quality encountered during the assessment?

#### **Coordination questions**

- How well the coordination of the response within UNICEF (country and regional level) and between UNICEF and its partners (government, INGOs, local NGOs, CBOs, communities...) is working?
- To what extent has UNICEF met its Cluster/Sector Lead coordination commitments in the area of nutrition?
- How the nutrition response has been integrated with other sectors responses such WASH, C4D, Health (immunization and diarrhea/IRA/malaria treatment), HIV/AIDS, education, Child Protection? What are major bottle necks to achieving a good integration? Why?
- How coordination among partners contribute affect positively or negatively the continuum of care of integrated management of acute malnutrition functions, from inpatients to outpatients, and from severe acute malnutrition (SAM) to moderate acute malnutrition (MAM)?

### **METHODOLOGY AND APPROACHES**

The period covered by the evaluation is the response covering November 2011 to December 2012. The evaluation will use a mix method approach including qualitative methods, quantitative methods and review of existing documents to accomplish the objectives and respond to the questions described above.

1. Quantitative methods: these will include the examination and analysis, and quality assessment of existing quantitative data collected during the period of reference of the nutrition crisis (November 2011 – December 2012). It may include but not limited to SMART surveys, MICS data, and existing service data collected for the regular monitoring of the programme that may exist at regional and country level. Furthermore, it is expected that the viewpoints of the direct beneficiaries will be explored through exit interviews, observation with checklists in selected services delivery points. An inventory of existing materials, staff, commodities, assessment of stock out in the last six months at facilities and warehouses will be performed to feed into the assessment of the quality of services. The evaluation team is also

expected to make field visits in the most deprived areas, in order to observe directly the effect and the systems in place to dealing with the nutrition crisis.

2. Qualitative methods would include focus groups, key informant interviews. The team of the evaluation will be encouraged to explore any innovative methods to collect qualitative information to complement the quantitative information. The key informant interviews will include the RO and COs staff, playing a key role in the implementation of the nutritional response. Government officials and departments heads in charge of nutrition responses in each country will be also be interviewed.
3. Review of existing documents will include key documents of the intervention including but not limited to workplans, reports, SitReps, strategic plans, response plans, scaling up plans, national protocols for IMAM, reporting tools, generic protocols, training modules, communication materials, supervision reports, consensus report, and previous evaluation reports. The list of existing data and documents will be prepared and provided to the evaluation team. The existing documents will include the CCCs, the Food Security and Nutrition Regional Strategy, the UNICEF COs response plans, the National Strategy Response Plans from each of the countries selected for the evaluation. And the RTIA findings/report country and associated management plans Chad/Niger)...
4. The analysis and the conclusions should seek to triangulate the above mentioned information and data to respond as effectively and objectively as possible to the objectives and the questions of the evaluation.
5. It is expected that no more than 15 days will be spent in each country. Data analysis for each country should go concurrently with the data collection, in such a way that a summary debriefing is provided to COs at the end the data collection. In so doing the data use is concurrently incorporated in the process of the evaluation instead of waiting the end of data collection and report writing. Thus, during the debriefing in country, any immediate issues raised and agreed upon should be addressed and documented. These will be part of the final report of the evaluation and highlighted in the management response.

The methodology described here will be further developed and fine-tuned with the team of the evaluation when constituted.

## **GOVERNANCE AND MANAGEMENT**

**Evaluation Advisory Committee:** Staff from New York (2 including on in EO, and 1 in the nutrition group); staff from WCARO: PM&E (1 person); staff from nutrition section (1 person) and WASH (1 person); HIV (1 person), country offices nutrition advisors and M&E officers. They will review and comment key milestones of the evaluation including the draft inception report, data collection tools, the draft evaluation report, the country specific reports. Their involvement should not influence the independence of the evaluation. They will meet every month and as needed during the course of the evaluation process.

**Overall management of the evaluation:** The regional Chief M&E will be the overall manager of the evaluation in coordination with the Chief nutrition or her designee. The team of consultants will report to regional Chief M&E. He will assist in preserving the independence of the evaluation. He will ensure the evaluation responds to UNICEF evaluation standards as well as to quality standard in coordination with the evaluation committee. He will also ensure that the evaluation steering committee is informed about the progress of the evaluation as well as their meeting monthly.

**Quality assurance:** Regional Evaluation and Research Committee will review the ToR and the report for quality assurance purposes.

**Executive Sponsor:** The regional Acting Director, Manuel Fontaine, is the executive sponsor and ensures clear communications to the countries concerned by this evaluation, and will keep them engaged during the process of design to the implementation phase. He will be responsible for ensuring a consistent management response to the findings and recommendations issued from the assessment, and with assistance from the regional Chiefs of Sections. He will coordinate the approval of the report and coordination the communication of the report to external partners.

**COs role:** Their role will be to facilitate field visits to intervention sites, be available for interviews, share necessary data, and attend the in-country debriefing. Thus, each country will designate a focal point will coordinate all activities in country including the debriefing meetings at the end of data collection, field visits, organization of focus groups, sampling of services delivery points based on criteria retained by the evaluation team.

**Ethical Considerations:** This evaluation is considered very minimal risk and will not be subject to an ethical review committee approval. However, UNICEF COs will seek the approval of relevant government entities in each country before the data collection. Each individual to be interviewed will be asked to provide verbal consent to participating in interviews and focus groups. The interviewees' confidentiality will be warranted.

### **Reporting requirements**

The report will respond to UNICEF standard. It would include the following elements; however the inception report will include a more detailed report outline.

- An executive summary (no more than 3 pages)
- Background

- Rational
- Objectives and questions
- Methodology and limitations
- Findings
- Conclusions and lessons learned
- Recommendations
- Management response plans issued from a regional debriefing meeting
- Appendix (data collection tools, debriefing notes, methodological notes...)

The content of the report will be finalized with the evaluation team when fully constituted.

### **EXPECTED DELIVERABLES**

The expected deliverables are described as follows:

- Inception report including methodology, data collection tools and analysis plan and field work plan
- Debrief notes in each country where evaluation took place
- Preparing of a debriefing agenda at the regional office
- **Three country case studies**
- Draft report
- Final report

All these aforementioned deliverables will be subject of a review and approval by the M&E chiefs and the steering committee described above. Comments and suggestions and suggestion in a nature to jeopardize the independence of this evaluation will not be incorporated.

### **QUALIFICATIONS AND SPECIALIZED KNOWLEDGE/EXPERIENCE REQUIRED**

Two international consultants will compose the evaluation team. A team leader with a very strong experience in evaluation and nutrition epidemiology will lead the further refinement of the methodology, the field work, including data collection, analysis and report writing. The second team member is a subject matter expert in nutrition, and will be supervised by the team leader.

In line of the mission of empowerment of national evaluators, in each country a national evaluator will be associated to the process. Thus a local consultant will be recruited to work closely with the international consultants. They will be part of the process, perform data analysis in close supervision of the international consultants. They also collect data in the field contribute and participate in the debriefing in each country. The country offices included in this evaluation will assist in the selection of these local consultants as appropriate.

Required qualifications and experience, Senior Consultant – International (L5):

- Masters, PhD or Advanced degree in related subject area (Public Health, Social Services, Sociology, nutrition, etc.)
- At least 12-15 years progressively responsible experience including evaluative and analytical work on nutrition epidemiology and evaluation at an organization or interagency level for an organization comparable to UNICEF
- Knowledge of current evaluative and analytical literature on the nutrition sector in general and in an emergency
- Excellent English and French speaking and writing skills
- Excellent and proven research skills including development and application of analytical frameworks and tools and production of analytical papers
- Excellent interviewing capacity
- Excellent facilitation skills
- Knowledge and experience with the Sahel region and exposure to UNICEF nutrition work will be a plus

### **MANAGEMENT RESPONSE AND TIMETABLE**

To create an enabling environment for a good management response, as described above, a debriefing workshop at the data collection in each country will be undertaken by the team of consultants. Furthermore, a debriefing workshop to validate the findings, conclusions and recommendations will be organized at regional level. The executive sponsor with support from the nutrition groups and PM&E will be responsible for the implementation of the management response. The management responses implementation will be monitored through UNICEF global dashboard.

The following table outlines the timetable of the major activities and deliverables at each of the stages of the evaluation processes.

<b>Activity</b>	<b>Duration</b>	<b>Status/observations</b>
<b>Inception phase</b>		
Introductory work: meetings, document gathering	1 weeks	
Production of inception Report, including: (i) Conceptual report; (ii) plans, protocols, analytical framework, and indicators and geo-areas for the study in each country; selection of in-country (or regional) partners if any	2 weeks	
Review of the study plan, protocol, analytical framework and indicators by SC	One week	
Feedback and revision; acceptance of the inception report including methodology, data collection tools, plan for country visits...	One week	
<b>Field work</b>		
Various data collection of the evaluation including country visits and debriefing country	12 weeks	
Analysis and report writing	2 weeks	
<b>Deliverables, end of consultation</b>		
Preparation and submission of draft report (s) for comments by steering committee and evaluation committee	one week	
Preparation and submission of final report	2 weeks	
Presentation workshop	1.5 day	
Total number of weeks	23 weeks	

# Mission d'Évaluation de la Réponse à la Crise Nutritionnelle du Sahel – Approche Méthodologique

### Principes et approche méthodologique

L'équipe d'évaluation utilisera une approche pragmatique combinant différentes méthodes pour répondre aux questions de l'évaluation.

Une première lecture des documents disponibles pour les trois pays Tchad, Niger et Burkina Faso, montre que la disponibilité de données et informations pourrait être variable. Cela renforce la nécessité d'une utilisation minutieuse de plusieurs méthodes, afin de répondre au mieux aux questions posées.

L'évaluation comprendra donc, une combinaison de méthodes qualitatives et quantitatives, tel que résumé dans le tableau qui suit :

Méthodes qualitatives	Méthodes quantitatives
Revue documentaire Focus groups Entretiens individuels Observation des sites	Analyse de données quantitatives

L'équipe cherchera à la fois la triangulation et la complémentarité entre les méthodes (voir encadré ci-dessous).

Les méthodes peuvent être combinées de différentes façons :

«Triangulation» : confirmer et corroborer les résultats atteints par une méthode avec les résultats obtenus par une autre méthode ou à travers de sources différentes. La triangulation permettra aussi d'expliquer des tendances ou rechercher les raisons d'un changement observé.

«Complémentarité» : les résultats obtenus par un procédé aident à mieux comprendre ceux obtenus par une autre méthode.

La section (2) de la présente note explique les différents instruments qui seront utilisés et l'approche de triangulation des informations provenant de sources différentes.

*L'approche méthodologique et les outils présentés dans ce document seront adaptés aux spécificités de chaque pays cible de l'évaluation et notamment revus après la visite du premier pays (Tchad) si ils s'avèrent inadaptés pour couvrir les besoins de l'évaluation*

### Calendrier, équipe et organisation du travail

L'équipe de l'évaluation est composée de trois personnes : deux consultants – experts internationaux, et un consultant national pour chacun des trois pays. Les étapes ou phases de l'évaluation (avec le calendrier prévu) sont résumées dans le tableau qui suit :

<b>Étapes</b>	<b>Lieu</b>	<b>Dates</b>
Phase de démarrage	Bureau Régional UNICEF	09/02 – 16/02
Etudes de cas	Tchad	17/02 – 28/02
	Niger	17/03 – 30/03
	Burkina Faso	01/04 – 14/04
Synthèse et rapport final (version préliminaire)	Bureau Régional UNICEF	15/04 – 23/04
Préparation du rapport final		24/04 – 31/05

L'évaluation se réalisera donc sur trois niveaux : 1) Niveau régional : Bureau Régional UNICEF - Dakar, 2) Niveau central : Capitales des trois pays évalués – N'Djamena, Niamey, Ouagadougou et 3) Niveau décentralisé : Visites terrain. Au niveau des visites terrain quatre niveaux peuvent être identifiés: région, district, structure sanitaire, communauté). Sur chacun de ces niveaux une combinaison de différentes méthodes sera appliquée, tel que montré dans le tableau ci-dessous.

<b>Niveau</b>	<b>Méthodes appliquées</b>
Dakar, Bureau Régional de l'UNICEF (WCARO)	revue documentaire et entretiens, analyse de données quantitatives
N'Djamena, Niamey et Ouagadougou	revue documentaire, entretiens, analyse de données quantitatives
Visite des sites	entretiens, focus groups et observation des activités

Le séjour dans chacun des trois pays est prévu d'une durée approximative de 10 à 12 jours de travail effectif. Dans chaque pays, la mission prévoit le schéma suivant :

- Un à deux premiers jours : entrevues en commençant par une réunion de groupe suivie d'entrevues individuelles avec le personnel des différentes sections de l'UNICEF et lecture des documents
- Une partie de l'équipe pourra ensuite se déplacer sur le terrain pour une période de 6 à 7 jours de visite (selon les distances à parcourir)
- La personne qui restera en capitale pourra continuer les entrevues individuelles avec le personnel des différentes sections de l'UNICEF et avec les autres parties prenantes (Gouvernement, agences des NU, ONG, partenaires techniques et financiers, etc.) ;
- La personne restant en capitale pourra, selon les cas, rejoindre l'équipe terrain ou entreprendre une visite terrain dans une autre région géographique pour 1 à 2 jours (selon les distances à parcourir)
- Au moins un jour et demi, mais de préférence deux jours seront accordés à la fin de la mission pour la compilation, recoupement et analyse préliminaire des données recueillies en vue de préparer la présentation power point pour la session de restitution interne (UNICEF pays) et identifier les lacunes en information dont le consultant national aura la responsabilité de suivre et obtenir après le départ de la mission.

Excepté pour le Tchad (où la consultante nationale est arrivée au pays en même temps que la mission après la phase de démarrage à Dakar), le consultant national au Burkina Faso et au Niger appuiera le bureau pays dans la préparation du programme de la mission, y compris les entrevues, le transport nécessaire pour les visites de terrain, autorisations sécurité, etc. En outre, il sera responsable de la collecte de sources secondaires quantitatives et participera à leur analyse. Il réalisera également des visites terrain et des focus groups et, aidera à la rédaction des études de cas, notamment de la partie contexte.

Au cours de l'évaluation la confidentialité par rapport aux personnes et aux groupes sera assurée par le concours de mesures élémentaires de protection (aucun nom ou prénom ne sera associé aux réponses) et l'application de normes éthiques (introduction, impartialité...).

#### **Période couverte par l'évaluation**

La période couverte par l'évaluation était initialement de novembre 2011 à septembre 2012. Afin que le rapport d'évaluation s'aligne avec divers rapports de reportage (UNICEF et autres), il a été finalement décidé – avec l'accord du bureau régional, de couvrir la période janvier-décembre 2012. Des informations concernant le dernier trimestre 2011 seront utilisées, si nécessaire, pour expliquer/clarifier le déroulement de la réponse en 2012.

## **La matrice d'évaluation**

L'équipe d'évaluation a développé une matrice articulée autour des questions posées dans les Termes de Référence (TDR). Les questions spécifiques proposées dans les TDR sont ainsi incluses dans la matrice sous l'objectif concerné, avec des indicateurs et les sources d'information qui permettront la collecte de données tant qualitatives que quantitatives.

Ce document est conçu comme un outil pour parvenir à une compréhension commune des TDR par les membres de l'équipe ainsi que les parties prenantes de l'UNICEF (région et pays) durant la phase de démarrage.

La matrice sera aussi utilisée comme document dynamique pour la vérification systématique des progrès dans les observations et la collecte de données / informations qui permettront de répondre aux questions de l'évaluation.

## **Questions de l'évaluation**

Les cinq objectifs inclus dans les TDR initiaux ont été revus et, avec les questions d'évaluation proposées ont été regroupées sous les intitulés suivants :

- I. Résultats
  1. Efficience
  2. Efficacité
  3. Qualité
  4. Durabilité
  
- II. Mécanismes de mise en œuvre
  1. Suivi et évaluation
  2. Coordination, intégration et liens intersectoriels

## **Indicateurs**

Les indicateurs quantitatifs d'efficience et d'efficacité sont ceux adoptés et collectés dans les systèmes de suivi et d'évaluation de la réponse à la crise. Pour les autres questions, la mission a essayé, dans la mesure du possible, de proposer des indicateurs qualitatifs.

Dans le choix des indicateurs, qu'ils soient quantitatifs ou qualitatifs, la mission a privilégié la fiabilité, la précision et la simplicité, le but étant de documenter les bonnes pratiques et d'identifier les problèmes pour lesquels des actions tangibles de prévention ou de correction pourraient être proposées.

## **Sources d'information**

### ***Documents / revue de la littérature***

La bibliographie utilisée pour l'évaluation (à développer au fur et à mesure) contiendra les documents fournis par le bureau régional, les bureaux pays, ainsi que les documents obtenus par la mission, par internet ou lors des entretiens.

La documentation sera systématiquement analysée et servira à la compréhension du contexte global, à l'identification des éléments qui ont déterminés les décisions prises, ainsi qu'à la compréhension du système de suivi et évaluation mis en place pour mesurer les progrès vers les objectifs fixés.

### ***Examen des données quantitatives secondaires***

Il est au-delà de la portée de la présente évaluation de recueillir des données primaires quantitatives, mais nous allons systématiquement utiliser des bases de données existantes (données de programme, enquêtes...) ou d'autres, si disponibles, déjà utilisées par des évaluations qui précèdent le présent exercice (par exemple celles de la RTIA).

En grande partie, ce travail sera fait par les consultants nationaux avant et/ou après le passage de l'équipe internationale, notamment en ce qui concerne les résultats et la performance des activités de prise en charge, les résultats des interventions intégrées, l'utilisation des ressources (intrants et autres ou même financières), la cartographie (couverture géographique), qui pourraient répondre aux questions de l'évaluation.

### ***Entrevues avec les informateurs clés***

Ces entretiens seront la principale forme de collecte de données primaires. La mission veillera à interviewer des « gestionnaires de programmes » mais pas seulement. Les entretiens cibleront également les responsables des différentes sections de l'UNICEF (WASH, santé, VIH, éducation, protection, urgences, approvisionnement,...), les responsables des ONG nationales et internationales (en capitale et sur le terrain), les informateurs clés au niveau du ministère de la santé (ou du gouvernement quand nécessaire) en capitale et sur le terrain, le personnel des structures sur les sites visités (personnel étatique ou ONG en appui), agents de santé communautaires ASC, les représentants des bailleurs de fonds et de toute autre institution ou organisme concerné par la mise en œuvre de la réponse, afin de mieux comprendre le rôle et la performance de l'UNICEF et de ses partenaires dans la réponse à la crise sahélienne.

Le choix des personnes à interviewer sera finalisé dans chaque pays selon le contexte et la disponibilité des intervenants. Une liste générique a été préparée par la mission et envoyée aux différents pays afin que le consultant national, à l'aide du bureau de l'UNICEF, puisse planifier les entretiens et commencer la préparation

d'un agenda pour le passage de l'équipe internationale. La liste est accompagnée d'une « Note d'information » : document d'une page qui résume les objectifs de la mission et une courte description des attentes dans le pays.

Un instrument « Guide d'entretien », a été préparé par l'équipe d'évaluation afin d'harmoniser le contenu de ces exercices de collecte d'information. Cet outil, rédigé sous forme générique, sera adapté au contexte de chaque pays par le consultant national. Le modèle inclut une section sur les questions à approfondir ; cela permettra aux membres de l'équipe de garder en vue les domaines qui ont besoin de plus amples informations / compréhension au fur et à mesure que la collecte de données progresse.

Le résultat des entrevues sera systématiquement transcrit par les membres de l'équipe et partagé à travers un recueil dans une section confidentielle de la bibliothèque électronique. Le recueil des notes d'entrevues facilitera la triangulation des informations et opinions ainsi obtenues.

#### **Groupes de discussion ("Focus Group")**

Un minimum de 10 focus groups sera réalisé sur 2 régions ou districts sanitaires de chaque pays par le consultant national (à l'aide d'un traducteur local si nécessaire), c'est-à-dire minimum 5 focus groups par district ou région visitée. Ces exercices seront une des principales formes de collecte de données primaires, permettant de connaître la perception des populations touchées par la crise des réponses mises à leur disposition.

Le profil des participants a été prédéterminé en avance et inclus des femmes (10 mères avec des enfants de 0 à 5 ans par groupe) et des hommes (10 chefs de ménage par groupe). D'autres groupes pourraient être aussi réunis, si le temps des visites le permet : groupes de 10 grand-mères...

Un instrument (« Guide pour des focus groups », a été préparé par l'équipe de la mission afin d'harmoniser le contenu de ces exercices de collecte d'information. Cet outil, rédigé sous forme générique, sera adapté au contexte de chaque pays par la partie nationale de l'équipe d'évaluation.

Les réunions focus groups seront enregistrées et le contenu transcrit et synthétisé.

#### **L'observation des sites de la PCIMA**

Les visites de terrain (sites où les activités de la PCIMA sont mises en place : centres de santé ou hôpitaux) seront utilisées pour l'application de plusieurs méthodes de collecte de données / information.

D'une part, la mission entreprendra au minimum 10 entrevues (avec personnel des centres, personnel des ONG) dans 5 structures sanitaires et organisera au minimum 10 focus groups avec des personnes et groupes de la communauté.

Une activité additionnelle permettra d'examiner la qualité de la performance des activités de la PCIMA, notamment par l'observation de la prestation des services au niveau des centres de santé (ou autres types de site où les activités se réalisent). Ceci contribuera également à améliorer la compréhension des questions transversales de l'évaluation (intégration, WASH, genre...). Ces observations seront réalisées suivant une « Grille d'observation des activités de prise en charge de la malnutrition aiguë » qui permettra d'harmoniser les informations à recueillir et facilitera ainsi leur analyse. Cette grille sera aussi adaptée pour chaque pays par les consultants nationaux avant les visites.

Un minimum de 5 sites ayant des activités de prise en charge de la malnutrition aiguë sera visité par pays. Cependant, le nombre final de sites sera déterminé par les distances à parcourir (le nombre de jours de terrain étant limité), la planification des activités sur les sites... Néanmoins, le choix sera guidé principalement, dans la mesure du possible, par les deux principes / critères suivants :

- Localisation des sites sur des régions ou districts des plus touchées par la crise (selon données de prévalence de la malnutrition ou nombre de cas admis)
- Modalité de mise en œuvre des activités de prise en charge. Sites où les activités sont menées avec ou sans l'appui d'une ONG (nationale ou internationale) : l'idéal serait que, dans l'ensemble des visites sur un pays, les trois cas de figure soient représentés

D'autres critères géographiques et/ou opérationnels pourraient également être pris en compte :

- Possibilité d'observer les différents niveaux de la prise en charge : prise en charge de la malnutrition aiguë modérée, prise en charge de la malnutrition aiguë sévère sans complications et prise en charge de la malnutrition aiguë sévère avec complications, ce qui constituerait une opportunité d'examiner le « continuum » de la prise en charge
- Proximité d'un sous-bureau de l'UNICEF (et de personnel technique d'appui)
- Jour de prise en charge
- Logistique et sécurité : accès et disponibilité de transport et situation sécuritaire

Une partie de ces visites pourrait être réalisée par le consultant national, idéalement avant l'arrivée des consultants internationaux dans le pays pour que la mission puisse inclure les résultats dans le rapport préliminaire qui sera présenté durant la session de restitution au pays. Cependant, le consultant international spécialiste en nutrition consacra 6 à 7 jours par pays pour des visites terrain.

En résumé, les visites terrain dans chaque pays sont détaillées dans le tableau qui suit.

Niveau	Répondants	Activités
Districts ou régions sanitaires	Médecin Chef de district ou Responsable de la région /	Entretien (Guide d'entretien)
	Point focal nutrition du district ou de la région	Collecte documentaire
<i>Total (au minimum) 2 districts ou régions sanitaires</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 entretiens avec équipes-cadre de district ou région sanitaire</li> <li>- Documents PCIMA de deux districts</li> </ul>		
Sites PCIMA (centres de santé ou hôpitaux))	Responsable du site / Point focal Nutrition	Observation de la PCIMA (Grille d'observation)
	Relais / ASC	Entretien (Guide d'entretien)
<i>Total (au minimum) 10 sites PCIMA sur les deux régions ou districts</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 10 observations de la PCIMA au niveau entre de santé ou hôpital</li> <li>- 10 entretiens avec personnel des sites ou avec agents de santé communautaires</li> </ul>		
Communauté (village / quartier / bénéficiaires)	5 groupes d'hommes et 5 groupes de femmes sur chaque district ou région visitée	Focus group (guide focus group)
	<i>Total (au minimum) sur les deux régions ou districts sanitaires</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 10 focus groups avec 10 hommes chefs de ménages</li> <li>- 10 focus groups avec femmes incluant des mères d'enfants de 0-5 ans.</li> <li>- Autres groupes si possible</li> </ul>	

Les chiffres donnés sur ce tableau (nombre de districts et centres à visiter, nombre d'entretiens et focus groupes à réaliser) sont approximatives et dépendront des contraintes logistiques déjà citées sur la présente note.

## Risques et hypothèses

### Phase de démarrage

Une phase de démarrage de deux semaines à Dakar était initialement prévue pour :

- a. Lire/analyser/compléter la documentation
- b. Mener des entretiens avec les différents secteurs techniques et opérationnels du bureau régional
- c. Elaborer un rapport préliminaire qui comporterait une analyse succincte des documents, les éléments clés collectés durant les entretiens, ainsi que la méthodologie (indicateurs, instruments, calendrier, etc.) proposée pour les études de cas
- d. Revoir la méthodologie à la lueur des commentaires reçus par les sections nutrition et Monitoring et Evaluation du bureau régional.
- e. Finaliser diverses démarches administratives telles que les visas

Le principal facteur de risque vis-à-vis de la réalisation de l'évaluation (et même de la qualité de ses résultats) est la courte durée de la phase de démarrage de la mission (une semaine au lieu des deux initialement prévues suite à un retard dans la formalisation des contrats). Le temps initialement alloué aux tâches précitées ayant été sérieusement réduit, la mission a dû réviser les résultats attendus. Palliant au plus urgent, la mission a donc privilégié de travailler sur la méthodologie des études de cas.

### Rôle et implication des consultants nationaux

Le retard dans les démarches administratives a aussi affecté les tâches initialement attribuées aux consultants nationaux, et aura des implications sur le déroulement des visites, particulièrement au Tchad et au Niger comme expliqué ci-dessous.

**Tchad** : la consultante nationale est arrivée à Dakar en même temps que l'équipe internationale, laquelle avait participé activement à son identification à partir des propositions faites par l'UNICEF – Tchad. Elle a participé aux discussions et entretiens avec le personnel régional de l'UNICEF et a contribué à la préparation d'outils et de documents qui accompagneront la mission d'évaluation. Néanmoins, la consultante nationale ne pourra pas réaliser le travail préparatoire de la mission dans le pays car elle se déplacera en même temps que les consultantes internationales. De ce fait, la planification des entretiens et visites des sites devront se faire à l'arrivée de l'équipe à N'Djamena ce qui pourrait entraver la réalisation des entretiens et visites et donc l'atteinte des objectifs de la mission.

**Niger** : l'équipe internationale n'a pas participé à son identification et le consultant n'a pas pu participer à la phase de démarrage à Dakar. La non-implication du consultant dans la préparation de la méthodologie constitue un handicap quant à la standardisation/harmonisation des trois études de cas. Pour y pallier, la mission propose que

l'un des consultants internationaux arrive au Niger 1 jour avant la date prévue afin de travailler avec le consultant national, notamment sur l'adaptation des instruments de collecte des informations.

**Burkina Faso** : le consultant national est arrivé à Dakar en même temps que l'équipe internationale, laquelle avait participé activement à son identification à partir des propositions faites par l'UNICEF – Burkina. Il a participé aux discussions et entretiens avec le personnel régional de l'UNICEF et a contribué à la préparation d'outils et de documents qui accompagneront la mission d'évaluation. Avec plus d'un mois entre le séjour à Dakar et la visite au Burkina, le consultant aura le temps suffisant pour bien planifier la visite de l'équipe internationale et la préparation des visites terrain.

#### ***Disponibilité et qualité des données/informateurs***

La charge de travail au niveau des structures de santé et la faiblesse numérique du personnel, pourrait être une contrainte à la collecte des données ainsi que la disponibilité des informateurs clés au moment de notre passage.

#### ***Accessibilité physique et sécuritaire des sites à visiter***

Au Tchad, les régions les plus affectées (Kanem, Barh el Gazal, Lac) se caractérisent par un éloignement des centres de santé à couvrir par la mission. L'état des routes à parcourir pourrait également être un facteur limitant.

Au Burkina, le principal problème d'accessibilité physique sera la qualité du réseau routier. A part le Nord Burkina (frontière Mali), le problème sécuritaire se pose peu.

#### ***La visite au Niger***

A cause d'un retard dans le processus de sélection et de recrutement, le consultant national du Niger n'a pas pu participer à la phase de démarrage. Cependant, la mission partagera les outils élaborés lors de la phase de préparation avec lui et un échange s'établira avant l'arrivée des consultants internationaux dans le pays. Un des consultants internationaux se rendra au Niger un jour avant le début officiel de la mission pour un briefing / session de travail avec le consultant national : adaptation des outils au contexte, préparation des visites,...

#### **Résultats attendus de la mission**

Le présent document constitue le résultat de la phase de démarrage. D'autres documents seront finalisés durant l'étude de cas Tchad et au plus tard durant les deux semaines qui précéderont la visite au Niger. Ces documents incluront:

- Structure standard des rapports d'étude de cas et contributions attendues de chacun des membres de la mission. Comme convenu avec le bureau régional, l'étude de cas sera d'environ 25 pages (sans les annexes) et sera rédigée en français.
- Modèle à suivre pour les présentations Power Point lors des sessions de restitution dans chaque pays.

La rédaction du rapport final par les deux experts internationaux débutera mi-avril et se poursuivra en mai. Une réunion de restitution se tiendra le 22 avril au bureau régional de l'UNICEF. Le rapport final, comme convenu avec le bureau régional, sera d'environ 25 pages (sans les annexes) et sera rédigé en français avec un résumé exécutif en anglais.

**Matrice de l'évaluation**

<b>Objectifs de l'évaluation et questions spécifiques</b>			
	<b>Questions spécifiques</b>	<b>Indicateurs quantitatifs et qualitatifs</b>	<b>Sources d'information</b>
<b>Objectif 1</b>	<p>Examiner, de manière aussi systématique et objective que possible, l'efficacité, l'efficience, la durabilité et la qualité des réponses nutritionnelles dans trois pays du Sahel (Tchad, Burkina Faso et Niger)</p> <p><i>Pour chacune des questions spécifiques suivantes, identifier et discuter :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Contraintes</i></li> <li>• <i>Bonnes pratiques</i></li> <li>• <i>Enseignements tirés</i></li> </ul>		
<b>1.1</b>	<b>Efficience</b>		
<b>1.1.1</b>	Dans quelle mesure les moyens employés ont permis d'atteindre les résultats attendus	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre et pourcentage de structures sanitaires (hôpital, centre de santé), par modalité de mise en œuvre (avec ou sans appui ONG) et par région administrative / géographique prenant en charge les enfants malnutris par rapport au nombre prévu</li> <li>• Nombre d'admissions et % par rapport aux estimations faites à partir des enquêtes nutritionnelles nationales (par type de structure et par région administrative / géographique)</li> </ul>	Données quantitatives (de programme / enquêtes / SNIS) recueillies au cours de la période de référence
<b>1.1.2</b>	Dans quelle mesure des modèles innovateurs ou alternatives de mise en œuvre de la PCIMA ont été recherchés et adoptés afin de réduire les coûts et/ou améliorer les résultats	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre et types d'interventions appliquant des stratégies alternatives de mise en œuvre (cliniques mobiles, PEC par des agents communautaires, etc.)</li> <li>• Interventions intégrant de nouvelles actions visant à améliorer la récupération (par exemple soutien psychosocial pour accélérer la récupération nutritionnelle)</li> </ul>	<p>Entrevues</p> <p>Rapports d'activités</p> <p>Observations recueillies lors de visites de terrain</p>
<b>1.1.3</b>	Dans quelle mesure les éléments clé du soutien opérationnel fourni par l'UNICEF (planification, RH, financement) ont été efficaces et ont évolué selon les besoins	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Données utilisées pour la planification et régularité (périodicité) de leur mise à jour</li> <li>• Chronologie des événements et de la disponibilité de nouvelles données sur la situation (de septembre 2011</li> </ul>	<p>Humanitarian Action Update in the Sahel</p> <p>Organigrammes (UNICEF)</p> <p>SitRep</p>

Objectifs de l'évaluation et questions spécifiques			
	Questions spécifiques	Indicateurs quantitatifs et qualitatifs	Sources d'information
	changeants de la population affectée	<p>et pendant 2012) et mécanismes d'ajustement appliqués sur les éléments clés de support opérationnel</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Augmentation du personnel au niveau du bureau régional et des bureaux pays et sous-bureaux (si applicable)</li> <li>• Revues budgétaires durant la crise</li> </ul>	<p>Documents CAP et rapports des partenaires</p> <p>Entrevues avec le personnel impliqué dans la préparation de ces différents documents</p>
1.1.4	Dans quelle mesure l'UNICEF a répondu aux besoins en matière de :		
	Assistance technique	<p>Nombre et type d'assistance technique fournie telle que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultants nationaux ou internationaux recrutés en temps voulu pour répondre à un besoin émergent;</li> <li>• Documentation élaborée avec l'appui financier et technique de l'UNICEF (manuels de mise en œuvre, etc.) en réponse à un besoin émergent;</li> <li>• Coûts actuels vs prévus</li> <li>• Coûts estimatifs de l'assistance technique vs budget exécuté</li> </ul>	
	Supervision	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Présence d'un calendrier de supervision au niveau du bureau pays (et des sous-bureaux) et raisons pour lesquelles plus ou moins de visites ont été effectuées</li> <li>• Nombre annuel de visites de supervision par le personnel de l'UNICEF et type (conjointes, etc.) par rapport à celles prévues (si applicable)</li> <li>• Moyens (ou pas) mis à disposition par l'UNICEF pour faciliter les visites de supervision des partenaires</li> </ul>	Rapports d'activités / SitRep UNICEF
	Renforcement des capacités des partenaires locaux	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lacune(s) d'ordre technique (ou autre) identifiées chez les partenaires de mise en œuvre et mesures prises pour y remédier.</li> </ul> <p>Dans l'affirmative :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre et types de sessions de formation (par type de</li> </ul>	Entrevues avec le personnel de l'UNICEF et des partenaires de mise en œuvre

Objectifs de l'évaluation et questions spécifiques			
	Questions spécifiques	Indicateurs quantitatifs et qualitatifs	Sources d'information
	<p>Approvisionnement à tous les niveaux (national, district et communautaire)</p> <p>Intrants fournis par l'UNICEF dans les sites du programme et au niveau de la communauté sont adaptés aux besoins des populations affectées</p>	<p>formation : techniques ou gestion, et par groupes cibles) conduites ou financées par l'UNICEF</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de personnel étatique formé à la PCIMA avec le soutien de l'UNICEF<sup>13</sup></li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quantités d'intrants alimentaires et non-alimentaires (tels que balances, ou registres achetés / livrés vs quantités planifiées)</li> <li>• Mécanismes d'approvisionnement mis en place (à tous les niveaux)</li> <li>• Fréquence et durée des ruptures des intrants alimentaires</li> <li>• % du budget total des intrants programmé pour la réponse nutritionnelle</li> <li>• Quantités (nombre ou tonnage selon le type d'intrant) et % des intrants reçus qui ont été effectivement distribués aux partenaires et bénéficiaires</li> </ul>	
<b>1.2</b>	<b><i>Efficacité</i></b>		
<b>1.2.1</b>	Mesure dans laquelle les résultats obtenus sont satisfaisants au regard des engagements et objectifs fixés dans les stratégies de l'UNICEF au niveau des pays et du bureau régional (principalement pour le groupe 6-59 mois)	Indicateurs de performance de la PCIMA retenus tels que : nombre de nouvelles admissions par rapport aux nombres de cas attendus, taux de guérison (>75%), décès (<10%), abandon (<15%), couverture par rapport aux estimations réalisées (à interpréter avec prudence)	Données quantitatives (de programme / enquêtes / SNIS) recueillies au cours de la période de référence
<b>1.2.2</b>	Mesure dans laquelle la réponse est ciblée aux zones géographiques / populations les plus touchées, et est sensible au genre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existence d'enquête(s) récentes de sécurité alimentaire et nutrition dans la région sahélienne du pays ayant analysé la problématique et les taux de prévalence par zone géographique/régions administratives ; et/ou</li> <li>• Existence d'un système de surveillance alimentaire et nutritionnelle</li> <li>• Mesure dans laquelle le ciblage de la réponse s'est basé</li> </ul>	<p>Rapports d'enquêtes et études réalisées pendant la période de référence</p> <p>Données quantitatives (de programme / enquêtes / SNIS) recueillies au cours de la période de référence</p> <p>Rapports d'activités</p>

<sup>13</sup> Dans la mesure où de tels indicateurs sont inclus dans les rapports mensuels ou annuels d'activités

Objectifs de l'évaluation et questions spécifiques			
	Questions spécifiques	Indicateurs quantitatifs et qualitatifs	Sources d'information
		<p>sur les données précitées et/ou a été guidé par la disponibilité de partenaires de mise en œuvre</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Méthodes utilisées pour estimer les besoins par région</li> <li>Disponibilité d'une cartographie de la réponse vs cartographie de la prévalence de la malnutrition</li> <li>Disponibilité des données désagrégées par genre</li> </ul>	<p>Documents et cartographie produite par OCHA</p> <p>Entrevues</p>
1.2.3	Conséquences fortuites – positives ou négatives – sur les institutions et populations locales	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dépendance des populations aux interventions humanitaires</li> <li>Surcharge de travail au niveau des structures prestataires</li> <li>Appropriation de la part de la communauté des activités de PEC</li> <li>Substitution des services et institutions gouvernementaux (conflits de compétence)</li> <li>Autres aspects rapportés par les différentes parties prenantes interviewées, ou dans des rapports d'évaluations pertinentes conduites en 2012</li> </ul>	<p>Rapports de missions d'évaluations (UNICEF ou autres)</p> <p>Entrevues et focus groups lors de visites de terrain</p>
1.3	<b>Qualité</b>		
1.3.1	Y-a-il un protocole national pour la PCIMA, adhérent aux standards et aux recommandations internationales	<ul style="list-style-type: none"> <li>Protocole national de PCIMA disponible (finalisé et publié) et adhérent aux normes et recommandations internationales</li> <li>Mécanismes de diffusion du protocole</li> <li>Disponibilité du protocole au niveau des structures prestataires et autres acteurs</li> </ul>	<p>Analyse des protocoles nationaux de PCIMA</p> <p>Entrevus et observations lors des visites terrain</p>
1.3.2	Dans quelle mesure les prestataires (ou les partenaires opérationnels) adhèrent aux standards nationaux et internationaux ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Envergure de la concertation (acteurs techniques et de mise en œuvre) lors de la préparation, la validation et la diffusion du protocole</li> <li>Mécanismes de supervision de l'application du protocole</li> <li>Observance / respect du protocole dans les sites de PEC visités</li> </ul>	<p>Entrevues avec différents acteurs techniques et de mise en œuvre</p> <p>Rapports des supervisions</p> <p>Entrevus et observations lors des visites terrain</p>

Objectifs de l'évaluation et questions spécifiques			
	Questions spécifiques	Indicateurs quantitatifs et qualitatifs	Sources d'information
1.3.3	Dans quelle mesure les sites prestataires de services possèdent les ressources matérielles et humaines nécessaires (selon standards) pour offrir des services de qualité	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Systèmes mis en place par l'UNICEF pour assurer que tous les centres PCIMA (nouvellement ouverts et anciens) ont les intrants (tels que balances, registres, etc.) nécessaires à la mise en œuvre de la PCIMA</li> <li>• Centres PCIMA visités par la mission qui ont reçu de l'UNICEF tous les intrants nécessaires à la mise en œuvre de la PCIMA.</li> <li>• Nombre de sites de PEC avec au moins une personne formée à la PCIMA</li> <li>• La distribution de tâches entre le personnel par rapport à la PCIMA claire et respectée</li> <li>• Nombre de sites de PEC avec les équipements anthropométriques présents et en bon état</li> <li>• Moyenne du nombre de jours en rupture de stock des ATPE pour les sites avec PEC</li> </ul>	<p>Document protocole national</p> <p>Rapports des visites de supervision</p> <p>Entrevus et observations lors des visites terrain</p>
1.3.4	Dans quelle mesure le continuum de soins nutritionnels (communauté vs structures de santé, PEC ambulatoire vs PEC hospitalière, PEC de la MAS vs PEC de la MAM) proposé par le protocole de la PCIMA intégrée fonctionne	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mécanismes de référence et contre-référence entre les différents niveaux sont en place et performants</li> <li>• Des outils pour l'orientation de cas dépistés dans la communauté vers les structures sanitaires sont disponibles et utilisés</li> <li>• Les seuils pour la référence communautaire et l'admission à la PEC sont alignés</li> <li>• Les critères de sortie « guéri » de la PEC de la MAS et les critères d'admission aux sites MAM sont alignés</li> <li>• Des mécanismes de traçabilité pour les références et contre – références sont en place (ex. numéro unique)</li> </ul>	<p>Document protocole national</p> <p>Entrevus et observations lors des visites terrain</p>
1.3.5	Comment les bénéficiaires perçoivent la qualité des services?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pourcentage d'abandons des programmes (et couverture)</li> <li>• Opinions des bénéficiaires/niveau de satisfaction</li> </ul>	<p>Données quantitatives des programmes</p> <p>Entrevus, focus groups et observations lors des visites terrain</p>
1.4	<b>Durabilité</b>		
1.4.1	Quels sont les progrès réalisés a) au niveau de l'appropriation la PCIMA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Présence de documents de politiques et de planification opérationnelle (Plan de Développement Sanitaire / pour</li> </ul>	Analyse des documents de politique / stratégies / plans opérationnels du secteur de

Objectifs de l'évaluation et questions spécifiques			
	Questions spécifiques	Indicateurs quantitatifs et qualitatifs	Sources d'information
	b) de la part du gouvernement dans l'intégration de la PCIMA dans le système national de soins de santé	<p>la Nutrition, Plan opérationnel)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contrepartie budgétaire du Gouvernement à la mise en œuvre de la PCIMA</li> <li>• Nombre et % de structures sanitaires avec PCIMA intégrée</li> <li>• Personnel étatique formé et % du budget alloué ?? à la gestion et à la supervision des activités de la PCIMA</li> </ul>	<p>la santé</p> <p>Entrevues avec le Ministère de la Santé (par exemple, planification, direction générale des activités sanitaires, direction de la santé de la famille, etc.)</p> <p>Entrevus et observations lors des visites terrain</p>
1.4.2	Dans quelle mesure la pérennisation des interventions actuelles est faisable sans le support (technique et financier) de l'UNICEF ou d'autres agences	<p>Capacité financière :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Budget de l'état pour la nutrition : % du budget du développement de la santé alloué à la nutrition</li> <li>• Mécanismes d'accès et mobilisation de ressources au niveau du gouvernement, du ministère de la santé pour la nutrition</li> </ul> <p>Capacité technique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre et profil des professionnels des structures en charge de la nutrition</li> <li>• Prise en charge par le ministère de la santé du personnel formé et actif pendant l'intervention (intégration ou contractualisation)</li> <li>• Appropriation des interventions à tous les niveaux (national, régional, district, communautaire)</li> <li>• Résilience intégrée au programme</li> </ul>	<p>Analyse des documents de politique / stratégies / plans opérationnels du secteur de la santé</p> <p>Entrevues avec le Ministère de la Santé (par exemple, planification, direction générale des activités sanitaires, direction de la santé de la famille, etc.)</p> <p>Entrevus et observations lors des visites terrain</p>
1.4.3	Est-ce que les partenaires locaux et les ONG impliquées dans la réponse ont les capacités techniques, financières et institutionnelles pour continuer la mise en œuvre des interventions avec un support externe limité	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diversité des sources de financement</li> <li>• Nombre et % de projets financés par l'UNICEF (ou autre partenaire technique et financier)</li> <li>• Contribution de l'UNICEF au budget des projets ONG pour la PCIMA</li> <li>• Capacité des ONG locales à accéder/mobiliser des fonds</li> <li>• Personnel technique des ONG (terrain, capitale, siège)</li> </ul>	<p>Documents CAP</p> <p>Documents des projets ONG (si disponibles)</p> <p>Entrevus lors des visites terrain</p>

Objectifs de l'évaluation et questions spécifiques			
	Questions spécifiques	Indicateurs quantitatifs et qualitatifs	Sources d'information
1.4.4	<p>Qu'elles sont les capacités du gouvernement pour la planification, la coordination et le développement des capacités des acteurs sous-nationaux pour la continuation des interventions actuelles ?</p> <p><i>(la même question doit être posée au niveau régional par rapport aux districts, et aux districts par rapport aux structures prestataires et communautaire)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existence d'une structure gouvernementale pour la planification et la coordination de la PCIMA à l'échelle nationale ; et adéquation de ses ressources (humaines et financières) pour effectuer ses activités de planification, coordination et développement des capacités</li> <li>• Adéquation des ressources humaines et financières allouées à la PCIMA aux divers niveaux administratifs (par exemple point focal nutrition affecté à 100% au niveau régional)</li> <li>• Activités de formation (technique et de gestion) menées par le gouvernement pour la PCIMA</li> </ul>	<p>Organigramme du Ministère de la santé et des structures de santé</p> <p>Entrevues et documents</p>

Objectifs de l'évaluation et questions spécifiques			
	Questions Spécifiques	Analyse / Indicateurs	Sources D'information
<b>II. MECANISMES DE MISE EN ŒUVRE : SUIVI ET EVALUATION, COORDINATION et INTEGRATION</b>			
<b>Objectif 2</b>	<p><b>Vérifier la qualité des données et l'estimation (précision, fiabilité) utilisées dans le suivi de la performance des programmes de nutrition</b></p> <p><i>Pour chacune des questions spécifiques suivantes, identifier et discuter :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contraintes</li> <li>• Bonnes pratiques</li> <li>• Enseignements tirés</li> </ul>		
<b>2.1</b>	<p>Les systèmes de suivi et évaluation (S&amp;E) sont-ils en place, fonctionnent-ils correctement et sont-ils capables de documenter les progrès dans la mise en œuvre de la réponse et alimenter des potentiels réajustements</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Présence de systèmes de S&amp;E : des programmes, SNIS, surveillance nutritionnelle, systèmes d'alerte précoce</li> <li>• Rôle des différents intervenants et mécanismes de collaboration et coordination</li> <li>• Utilisation des données les plus récentes pour le réajustement des activités en cours</li> <li>• Existence d'un mécanisme d'analyse et d'utilisation des données pour améliorer la réponse, à tous les niveaux.</li> <li>• Disponibilité de données de qualité pour le suivi de la réponse à tous les niveaux</li> </ul>	Entrevues et documents
<b>2.2</b>	<p>Est-ce que les données produites par les systèmes de S&amp;E sont de qualité en termes de précision, fiabilité, et en temps voulu.</p> <p>Est-ce que les potentiels utilisateurs font confiance aux données</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualité des différentes étapes des systèmes de suivi et évaluation : collecte de données, transmission, analyse et rapportage, et des outils et mécanismes en place</li> <li>• Complétude, fiabilité, mécanismes de vérification et de validation des données, et timing des rapports à tous les niveaux.</li> </ul>	<p>Examen d'échantillon de rapports, de registres et des outils de collecte des données à tous les niveaux</p> <p>Entrevus et observations lors des visites terrain</p>
<b>Objectif 3</b>	<p><b>Examiner de manière aussi systématique et objective que possible, l'adéquation des mécanismes de coordination et les liens intersectoriels au sein de l'UNICEF et entre l'UNICEF et ses partenaires</b></p> <p><i>Pour chacune des questions spécifiques suivantes, identifier et discuter :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contraintes</li> <li>• Bonnes pratiques</li> <li>• Enseignements tirés</li> </ul>		

Objectifs de l'évaluation et questions spécifiques			
	Questions Spécifiques	Analyse / Indicateurs	Sources D'information
3.1	Adéquation des mécanismes de coordination de la réponse au sein de l'UNICEF (pays et bureau régional)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mécanismes de concertation/coordination mis en place (cluster ou autre)</li> <li>Visites de terrain conjointes planifiées/effectuées</li> </ul>	<p>Entretiens avec les points focaux/chefs de services (nutrition, urgences, WASH, VIH/SIDA, etc.) dans chaque bureau pays et au bureau régional de l'UNICEF</p> <p>Entretiens avec les points focaux/chefs de services d'un échantillon de parties prenantes/intervenants</p> <p>Revue / analyse de rapports conjoints et compte rendu des réunions de concertation / coordination (Cluster ou autre)</p>
3.2	Adéquation de la coordination de la réponse entre l'UNICEF et ses partenaires (gouvernement, ONG internationales et locales, les organisations à base communautaire, communautés)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Calendrier de réunions de concertation/coordination établi et appliqué</li> <li>Disponibilité de compte-rendu des réunions</li> <li>Visites de terrain conjointes planifiées / effectuées</li> </ul>	<p>Entrevues avec représentants des parties prenantes</p> <p>Compte-rendu des réunions</p>
3.3	Dans quelle mesure la coordination entre partenaires a eu un effet sur le continuum des soins pour les enfants malnutris (de la MAS à la MAM, des soins ambulatoires aux soins hospitaliers)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adéquation de la concertation entre l'UNICEF et ses partenaires : approvisionnement intrants, alignement de critères admission – sortie, système de rapportage...</li> </ul>	Entrevues et documents
3.4	Dans quelle mesure l'UNICEF a rempli ses engagements en tant que Coordination de Cluster et Secteur Nutrition	<ul style="list-style-type: none"> <li>Responsabilités de l'UNICEF (telles que définies dans les documents globaux de l'approche Cluster) sont comprises/appréciables par les parties prenantes/intervenants</li> <li>Responsabilités de l'UNICEF (telles que définies dans les documents globaux de l'approche Cluster) sont intégrées dans le plan de travail du point focal nutrition</li> </ul> <p><i>A titre d'exemple, ces responsabilités incluraient : a) la coordination (organisation de réunions et/ou autres forums) ; b) l'élaboration d'un plan d'action du Cluster ou autre forme de coordination; c) le développement d'un mécanisme de partage et diffusion de l'information; d) l'initiation d'inventaires des outils et manuels en matière de nutrition en vue de leur harmonisation, etc.</i></p>	<p>Entretien avec le personnel de nutrition de l'UNICEF ainsi que les points focaux nutrition de parties prenantes/ intervenants</p> <p>Analyse des documents du Cluster Nutrition (tel que le Plan d'action et les termes de référence)</p> <p>Plan de travail/cahier des charges du point focal nutrition</p>

Objectifs de l'évaluation et questions spécifiques			
	Questions Spécifiques	Analyse / Indicateurs	Sources D'information
3.5	Comment la réponse nutrition a intégré les autres secteurs (EHA, C4D, santé, VIH, éducation, protection, etc.)	Les indicateurs de performance adoptés pour chaque secteur et inclus dans les SitREp seront utilisés	SitRep Entretiens personnes clés UNICEF ; Entrevues et observations lors des visites de terrain

Mission d'Évaluation de la Réponse à la Crise Nutritionnelle du Sahel –  
Instruments de collecte des données

1. Guide d'entretien
2. Guide Groupes de discussion bénéficiaires
3. Grille d'observation des activités PEC de la MAS

## Guide d'entretien avec informateurs clés

### Notes méthodologiques

- ✓ Ce guide d'entretien s'adresse aux personnes en charge de mise en œuvre des actions de la réponse à la crise.
- ✓ Cela inclut les questionnaires de programmes-projets des structures de santé tant au niveau central qu'au décentralisé, des ONG, et autres intervenants
- ✓ Dans la conduite de l'entrevue, les questions peuvent être adaptées selon le type d'informateurs et le secteur d'intervention de l'organisation/institution

### SECTION 1 - Mise en œuvre des interventions dans le contexte de la réponse à la crise

- Quelles sont les interventions ou les actions de votre institution/organisation qui s'inscrivent dans le cadre de la réponse à la crise nutritionnelle et alimentaire ?
- Quelle est la zone que couvrent vos interventions ? Quels sont vos groupes cibles ?
- A quel moment de la crise vos différentes interventions ont été mises en place ?
- Décrivez le processus de mise en place de vos interventions ?

### SECTION 2 - Efficience

- Les ressources (humaines, matérielles, financières et logistiques) mobilisées pour la réponse sont-elles à la hauteur de l'ampleur de la crise et des résultats escomptés ?
- Quels sont vos partenaires d'appuis ? Quelles sont les domaines et types d'appuis que vous avez reçus de chaque partenaires durant la période de mise de vos intervention ?
- Quelles sont les synergies/liens avec des acteurs et des interventions dans d'autres domaines clés (protection, WASH, VIH, Education, équité et égalité) afin d'assurer l'atteinte des objectifs de la réponse ?

### SECTION 3 : Efficacité

- Les indicateurs de prise en charge de la malnutrition aigue globale dans votre zone d'intervention –ils aux normes sphère ?
- Existents-ils des signes évidents d'une amélioration de la situation nutritionnelle des populations ? Si oui, lesquels ?
- Sinon, comment accroître les possibilités de maximiser l'atteinte des résultats ? Quelle doit être la meilleure approche d'intervention ?

### SECTION 4 : QUALITE DES SERVICES

- Tout votre personnel ayant la responsabilité de la prise en charge de la malnutrition a-t-il été formé sur le protocole national ? Comment vous assurez vous que le protocole est effectivement appliqué ?
- Quels sont les difficultés et contraintes liées à l'application du protocole de prise en charge ?

### SECTION 5 : Coordination

- Quel est mécanisme de coordination (réunions, supervision, base de données actualisées) de vos interventions ?
- Participez-vous au cluster nutrition et/ou aux réunions de coordination régionale ? Si oui, quelle est la régularité et les contenus de ces réunions ? Sinon, pourquoi ?
- Comment assurer vous un équilibre entre les interventions, les besoins des groupes cibles et les exigences de redevabilité vis-à-vis de vos partenaires et des pouvoirs publics ?

### SECTION 6 : DURABILITE

- Quelle est la durée de mise en œuvre de vos interventions ? Quelles sont vos perspectives ?
- Quel est le niveau d'appropriation des interventions par les acteurs locaux, régionaux et nationaux ?
- Quels sont les acquis de la réponse à la crise qu'il faut consolider et pérenniser ?
- Les conditions de leur durabilité sont-elles assurées ?

### SECTION 7 : LECONS APPRISES

- De votre point de vue, quels sont les progrès réalisés en matière de développement de la réponse et de la gestion de la crise nutritionnelle et alimentaire ?
- Qu'elles ont été les contraintes et les défis majeurs de la mise en place des interventions ?
- Si une nouvelle crise nutritionnelle survenait, quelles seraient les priorités et les stratégies de la réponse dans un le contexte sahélien ?
- Il y a-t-il des besoins spécifiques des groupes cibles à prendre en compte ? Quelles sont les interventions ou activités spécifiques à intégrer dans la réponse ?
- Il y a-t-il des groupes cibles qui n'ont pas été pris en compte dans la réponse ?
- Quels sont les conditions de succès en matière de coordination, de suivi et d'évaluation des interventions d'une telle envergnure ?

## Guide focus group bénéficiaires

Ce guide est conçu pour animer des discussions avec deux types de panels de 6-7 participants :

- Hommes chefs de ménages (incluant toutes les catégories socioprofessionnelles)
- Femmes (incluant des mères d'enfants de 0-5ans)

### SECTION 1 – PROFIL PARTICIPANTES

- Qui constitue le groupe de discussion ?
  - o Ville/Village/Quartier ?
  - o Nombre de participant(e)s/Tranche d'âge/ Activités
  - o Caractéristiques des ménages (taille ménage, âge du dernier enfant et nombre d'enfants d'âge inférieur à 5 ans pour le panel femme, etc.)

### SECTION 2 – CONNAISSANCES ET PERCEPTION DES CAUSES DE LA MALNUTRITION

- Connaissez-vous les causes de la malnutrition ? Quels sont les groupes d'âge les plus touchés (groupes d'âge et/ou régions.
- Y –a-t-il une périodicité de la malnutrition (pics?)
- Selon vous, quelles sont les causes de la malnutrition ?
- Appréciation des pratiques d'ANJE (allaitement, alimentation complémentaire) en 2012 ? Quels changements ? Pourquoi ?
- Sources d'eau les plus utilisées dans le quartier/village ? Changements ou problèmes en eau en 2012 ? Si oui, pourquoi ? Impact sur la vie/hygiène des ménages ?

### SECTION 3 – MALNUTRITION / PCIMA

- Problèmes nutritionnels dans le quartier/village en 2012 ? Groupes (femmes, enfants, etc.) les plus touchés ? Causes et manifestations de ces problèmes nutritionnels ? (Approfondir la discussion sur la malnutrition infantile)
- Prise en charge des enfants malnutris dans le quartier/village en 2012 par les relais ou ASC, centre de santé, autres organisations... ? PCIMA 2012 différente des autres années ? Si oui préciser actions et acteurs (état, ONG/associations, etc.)

### SECTION 3 – INTERVENTIONS

- Comment appréciez vous les actions/interventions en nutrition (ANJE, PCIMA, etc.) menées dans votre région durant en 2012 ? Quelles est la différence entre ces interventions et celles des autres années ?
- Appréciation des actions de l'état ? Equité dans le choix des bénéficiaires ? Adaptées aux besoins ? Implication de la communauté ? Niveau d'appropriation/Pérennisation ?
- Appréciation les actions en nutrition (ANJE, PCIMA, etc.) menées par ONG/associations en 2012 ? Lesquelles ? Différences avec les autres années ?
- Appréciation des actions des ONG/associations ? Equité dans le choix des bénéficiaires ? Adaptées aux besoins ? Implication de la communauté ? Niveau d'appropriation/Pérennisation ?
- Actions dans d'autres domaines (eau, hygiène, assainissement, prévention des maladies, etc.) menées par l'état, ONG ou autres associations en 2012 ? Lesquelles ? Différences avec les autres années ?
- Appréciation des autres actions ? Equité dans le choix des bénéficiaires ? Adaptées aux besoins ? Implication de la communauté ? Niveau d'appropriation/Pérennisation ?

## Grille d'observation des activités de PEC de la MAS

Date de la visite

Nom de la structure

Pays / province ou région / district ou département

Type d'activité :

PEC de la MAS ambulatoire  PEC de la MAS hospitalière  PEC de la MAM

Modalité de mise en œuvre :

Ministère de la Santé  avec appui ONG (nationale ou internationale)

Site ONG  Autre

### EQUIPMENT ANTHROPOMETRIQUE

(Nombre, qualité de l'entretien)

- Balances
- Toises
- Périmètre brachial
- Tab rapport P-T (enfants 6-59 mois)

### OBSERVATION DES ACTIVITES

- Le circuit (*étapes de la PEC*) des patients est bien organisé
  - *En ambulatoire : triage, admission, test de l'appétit, consultation médicale, administration de médicaments, distribution de l'ATPE, éducation*
  - *En hospitalière : triage, admission, consultation médicale, administration de médicaments, administration du lait thérapeutique, éducation, test de l'appétit, distribution de l'ATPE et instructions à la sortie*
- De l'éducation pour la santé & nutrition est donnée
  - (*Spécifier thématiques et matériel disponible*)
- Le PB est mesuré correctement
- Le degré d'œdème est mesuré correctement
- Le poids est pris correctement
- La taille est mesurée correctement
- L'examen médical se fait correctement
- Le lait thérapeutique est donné correctement (*en hospitalière*)
- Les mères participent aux activités (*en hospitalière*)
- Le test de l'appétit est fait correctement
- Des instructions pour l'utilisation des ATPE à la maison sont données

### LES OUTILS DE SUIVI

- Remplissage des fiches de suivi individuel
- Classement des fiches de suivi
- Registres PEC
- Rapports mensuels (statistiques)
- Aide-mémoire et fiches techniques
- Protocole

### SUR UN ECHANTILLON DE FICHES DE SUIVI

- Les critères d'admission sont respectés
- Les traitements médicaux sont correctement prescrits (selon protocole)
- La ration d'ATPE est calculée correctement
- Le poids cible est correctement calculé
- Les critères de sortie sont respectés
- Les catégories de sortie sont correctement notées
- Les patients avec des critères de référence vers la PEC hospitalière sont transférés
- Les absents et les cas de non réponse sont suivis a domicile
- Les raisons pour les VAD sont bien expliquées aux agents communautaires

### INTRANTS THERAPEUTIQUES ET MEDICAMENTS

- Conditions de stockage
- Suivi de stock et de la consommation
  - (Rotation du stock, présence de produits périmés ou qui expirent avant les prochains 3 mois)
- Nombre de jours en rupture stock ATPE pendant les derniers trois mois
- Stock de médicaments du protocole systématique
  - (produits manquants ?)
- Stock de médicaments en dehors du protocole systématique (ex ACT)
  - (source, gratuité,...)

### VOLET COMMUNAUTAIRE

- Nb d'agents communautaires attachés à la structure
- Dépistage actif
- Visites à domicile
- Education santé / nutrition

### DONNEES STATISTIQUES

**Total admissions pour le mois précédent:**

**Nombre de patients en charge au début de ce mois:**

**Pour le mois précédent**

Pourcentage de guéris

G	D	A
---	---	---

Pourcentage de décès

Pourcentage d'abandons

**Total admissions 2012**

### PERSONNEL ET GESTION DES ACTIVITES

Nombre et poste du personnel présent le jour de la visite:

Nombre de personnels formés en PCIMA

Quand la formation a été donnée ? Et par qui?

Quand les activités de PEC se réalisent?

Un ou deux jours par semaine    O    Tous les jours    O

Qui en est le responsable?

Interventions WASH: description sommaire de la disponibilité et la qualité (eau, hygiène, latrines, éducation...)

VIH (dépistage, PTME,

**Résumé :**

POINTS POSITIFS

POINTS NEGATIFS

**Mission UNICEF d'Evaluation de la réponse à la crise nutritionnelle du Sahel –**

**Informations préalables à l'arrivée de la mission**

1. Note d'information à l'attention du bureau de l'UNICEF : requêtes de l'équipe concernant la documentation, les entrevues, les visites de terrain, et autres aspects logistiques
2. Note d'information à l'attention des informateurs-clés : bref aperçu sur le contexte et les objectifs de la mission ; et présentation des membres de l'équipe d'évaluation (à envoyer par courrier lors de la demande d'entrevue)

## **Mission UNICEF d'Évaluation de la réponse à la crise nutritionnelle du Sahel – Préparatifs (documentation et planification entretiens et visites de terrain)**

Organigramme ou à défaut une liste des sections de l'UNICEF (faudra des réunions avec les chefs de section) : nutrition, WASH, éducation, santé et VIH, protection, C4D, la logistique... Présence et personnel dans les sous-bureaux

SITREP de janvier et février 2012 (le reste disponibles par internet et dans la DROPBOX), rapport annuel 2012 ?

Cluster Nutrition :

- Calendrier des réunions (idéal si réunion pendant la visite !) et CR de la période de l'évaluation
- Termes de référence du cluster / rôles et responsabilités
- 3W (ou 4W) : qui fait quoi et où
- Présentation power points aux rencontres du cluster nutrition (période nov. 2011 - déc. 2012)
- Réunions intersectorielles OCHA : calendrier des réunions et CR de la période de l'évaluation

Documents stratégiques produites par l'UNICEF pour la réponse :

- Globales (voir « stratégie de réponse intégrée de la région » de 2012)
- Par section : WASH, éducation, protection, C4D ...

Résultats des activités :

- NUTRITION : PEC de la malnutrition aiguë sévère (CRENI / CRENAS)
  - Documents cartographie de la malnutrition
  - admissions 2011 / 2012 / 2013
  - indicateurs de performance, données brutes et analyse par région et par mois,
  - Couverture géographique (nombre de sites de traitement, cartographie)
  - Couverture réelle : si enquête ou étude nationale, par région ou par projet (ONG)
  - Logistique et intrants
- WASH : données projets WASH in Nut, par région et par mois
- PROTECTION : données projet stimulation psychosocial, par région et par mois

Plans stratégiques et opérationnels de réponse à la crise (gouvernementaux, ministère de la santé)

Rapports de missions conjointes de supervision (UNICEF et partenaires)

- Autres rapports pertinents : s'il y eu une évaluation ou étude cas (par exemple l'étude de cas sur la prise en charge de la malnutrition au Tchad)
- Autres documents/rapports que vous pensez nous seront utiles
- Rapports des ONG

### **ENTREVUES A ORGANISER**

Réunions en capitale : de préférence commencer avec l'UNICEF (toutes sections), Cluster / OCHA, Gouvernement / Ministère de la Santé, ONG (nationales / internationales), bailleurs / donateurs

- Avec le personnel technique de l'UNICEF (y compris cluster) **le 1<sup>er</sup> jour**
- Cluster Nutrition: Chair, Co-Chair, Information Manager
- Ministère de la santé
  - Planification
  - Direction à laquelle la nutrition est rattachée/ Direction Générale de la Santé et de la Famille
  - Centre national de nutrition et de technologie Alimentaire/ Section Nutrition / Direction de la Nutrition (si existant)
  - Système d'Information Sanitaire et épidémiologique / Surveillance Nutritionnelle
- PAM
- OCHA
- ONG internationales et nationales impliquées dans la prise en charge de la malnutrition
- Bailleurs de Fonds (ECHO, autres suggestions ?)
- Autres que le bureau Pays pense seraient utiles

### **LOGISTIQUE**

- Réservation hôtel
- Location de véhicule (capitale et pendant les visites terrain)
- Plan de vols (pour les visites terrain)
- Préparation briefing sécurité
- Installation des consultants au bureau de l'UNICEF (wifi !!)
- Documentation « officielle » UNICEF pour le consultant national (badge, ordre de mission, etc.)

## **Mission UNICEF d'évaluation de la réponse à la crise nutritionnelle du Sahel – Note d'information à l'attention des informateurs-clés**

**Contexte.** La bande Sahélienne traverse neuf pays de la région, y compris la Mauritanie, le Sénégal, la Gambie, le Mali, le Burkina Faso, le Niger, le nord Nigéria, le nord Cameroun et le Tchad. Cette région, avec des problématiques structurelles qui affectent négativement la situation alimentaire et nutritionnelle de la population, est aussi périodiquement touchée par des urgences nutritionnelles récurrentes pendant lesquelles le nombre d'enfants nécessitant une prise en charge de la malnutrition aiguë augmente drastiquement. En 2012, une réponse globale a été mise en œuvre par l'UNICEF dans les neuf pays de la bande Sahélienne en mettant l'accent sur la mise à l'échelle de la prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë (PCIMA). L'axe principal de cette réponse a été la mise en place d'une stratégie intégrée avec la prise en charge de la MAS et des activités préventives (ANJE, WASH et santé). Le renforcement de la résilience fait aussi partie de cette stratégie intégrée.

**Objectifs de la Mission.** A travers trois études de cas : Tchad, Niger & Burkina Faso (ordre chronologique des visites de pays), l'évaluation vise à fournir, à partir d'éléments démontrables, des renseignements crédibles, fiables et utiles et permettre d'intégrer en temps utile les conclusions, recommandations et enseignements dans le processus décisionnel. Les leçons et recommandations issues de cet exercice seront utilisées par les gouvernements nationaux, les agences des Nations Unies, les donateurs, les ONG pour renforcer les programmes existants ainsi que pour faire un plaidoyer afin de mobiliser des ressources pour des stratégies et des interventions nutritionnelles efficaces.

Plus spécifiquement, les objectifs de cette évaluation sont les suivantes:

1. Examiner, de manière aussi systématique et objective que possible, l'efficacité, l'efficience, la durabilité et la qualité des réponses nutritionnelles dans les trois pays du Sahel (Tchad, Burkina Faso et Niger)
2. Vérifier la qualité des données et des estimations (en précision et fiabilité) utilisées dans les systèmes de suivi de la performance des programmes de nutrition
3. Examiner l'efficacité de la mise en œuvre des activités transversales telles que la coordination et la gestion, le développement des capacités, le développement et la promotion des politiques et le suivi et évaluation, aussi que des thèmes comme le genre et l'équité
4. Evaluer la qualité, l'efficacité et de l'efficience des "liens intersectoriels" établis entre la nutrition et les autres secteurs, y compris l'éducation, la protection des enfants, le VIH et la WASH.

L'évaluation couvre la période novembre 2011 – décembre 2012. Les dates prévues pour la visite au **pays** sont du **jour/mois** au **jour/mois** 2013.

### **Membres de la mission :**

<b>Nom</b>	<b>Fonction</b>	<b>Adresse email</b>
Mme Mirella MOKBEL GENEQUAND	Chef de Mission/Nutrition	mokbelm@bluewin.ch
Mme Montserrat SABOYA	Experte en Nutrition	montse.saboya@gmail.com
	Consultant National	