

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

**ETUDE DE CAS AU BURKINA FASO
(avril 2013)**

Version Finale

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

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, Montserrat Saboya, et Marcel Daba Bengaly.

Le but du rapport est de documenter et faciliter l'échange de connaissances entre le personnel de l'UNICEF et 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

Montserrat Saboya, MSc Santé Publique et Nutrition

Marcel Daba Bengaly/Consultant National

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 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 du bureau de l'UNICEF au Burkina Faso, pour sa disponibilité et son soutien. La Mission exprime aussi ses vifs remerciements aux membres de la Direction de la Nutrition à Ouagadougou, et 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 Burkina	3
2.3	Considérations d'éthique	6
2.4	Contraintes et limites de l'évaluation	6
3	Contexte du pays	8
3.1	Contexte du Burkina Faso	8
3.2	Situation sanitaire.....	8
3.3	La nutrition et la PCIMA	9
3.4	Sécurité alimentaire et situation nutritionnelle.....	9
3.5	Calendrier de la réponse	11
4	Réssources déployées par l'UNICEF	13
4.1	Appui en ressources humaines	13
4.2	Renforcement de capacités	13
4.3	Supervisions	14
4.4	Logistique et approvisionnement.....	14
4.5	Financement	15
5	Resultats de la stratégie de réponse en nutrition	16
5.1	PCIMA.....	16
5.1.1	Modalité de mise en œuvre	16
5.1.2	Admissions MAS	16
5.1.3	Performance de la PCIMA	20
5.1.4	Adéquation de la chaîne de la PCIMA	22
5.1.5	Qualité.....	24
5.1.6	Conséquences fortuites	25
5.1.7	Perception des bénéficiaires.....	25
5.2	La prévention : Blanket Feeding.....	26
5.3	Paquet Complémentaire.....	27
5.3.1	Le VIH/SIDA	27
5.3.2	WASH	27
5.3.3	Prise en charge psychosociale	28
6	Facteurs transversaux.....	29
6.1	Durabilité.....	29

6.2	Système de collecte et gestion de l'information	29
6.2.1	Le système de S&E mis en place	29
6.2.2	Qualité.....	30
6.3	Coordination	30
6.3.1	La coordination interne	30
6.3.2	Rôle de l'UNICEF dans la coordination de la réponse nutrition	30
7	Conclusions et recommandations	32
7.1	Conclusions	32
7.2	Recommandations.....	35
8	Annexes	36

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 Méthodes de collecte des données.....	3
Tableau 2 Parties prenantes rencontrées à Ouagadougou	4
Tableau 3 Régions, districts et structures sanitaires visités.....	5
Tableau 4 Groupes de discussion avec les membres de la communauté	5
Tableau 5 Résumé des sources d'informations.....	7
Tableau 6 Calendrier de la réponse à la crise au Burkina Faso.....	12
Tableau 7 Calendrier des formations en PCIMA facilitées par Valid International	13
Tableau 8 Nombre de cas attendus de malnutrition aiguë en 2012 par trimestre	17
Tableau 9 Cas MAS attendus versus cas MAS admis par région au Burkina Faso en 2012	19
Tableau 10 Résultats d'études de couverture réalisées au Burkina Faso par la méthode SQUEAC entre 2010 et 2013	20
Tableau 11 Résultats WASH in Nut	28

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 Comparatif des taux MAS - enquêtes SMART 2010, 2011 et 2012 par région	10
Graphique 2 Prévalence MAG dans les 13 régions du Burkina Faso en 2011	10
Graphique 3 Budget pour la PEC MAS (avril 2012)	15
Graphique 4 Distribution géographique des partenaires en appui à la PCIMA en juillet 2012	16
Graphique 5 Nombre d'admissions MAS par trimestre (2012)	17
Graphique 6 Evolution mensuelle du nombre de cas de MAS admis en 2010 - 2011 et 2012	18
Graphique 7 Cas admis par rapport aux estimations par région	19
Graphique 8 Indicateurs de performance de PEC des MAS en ambulatoire en 2012.....	20
Graphique 9 Indicateurs de performance de la PEC de la MAS au niveau des CREN en 2012	21
Graphique 10 Performance de la PEC des MAS au DRS Nord en 2012.....	22
Graphique 11 Performance de la PEC de la MAS au DS de Yako (région du Nord) en 2012	22

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 Itinéraire de la mission d'évaluation au Burkina avril 2013.....	37
Annexe 2 Liste des documents consultés	38
Annexe 3 Liste des personnes rencontrées	40
Annexe 4 Termes de référence	43
Annexe 5 Méthodologie	50
Annexe 6 Lettre du Ministère de la santé concernant la périodicité de la collecte et transmissions des données de la PCIMA.....	74

ABREVIATIONS

ACF	Action Contre la Faim
ALIMA	<i>Alliance for International Medical Action</i>
ANJE	Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
ASC	Agent de Santé Communautaire
ATPE	Aliment Thérapeutique Prêt à l'Emploi
BF	<i>Blanket Feeding</i>
C4D	<i>Communication for Development</i>
CAMEG	Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels Génériques
CAP	<i>Consolidated Appeals Process</i>
CHR	Centre Hospitalier Régional
CISSE	Centre d'Information Sanitaire et de la Surveillance Epidémiologique
CMA	Centre Médical avec Antenne Chirurgicale
CNCN	Conseil National de Concertation en Nutrition
CNS	Consultation Nourrisson Sain
COGES	Comité de gestion
CREN	Centre de Récupération et d'Education Nutritionnelle
CSPS	Centre de Santé et de Promotion Sociale
DN	Direction de la Nutrition
DRS	Direction Régionale de la Santé
DS	District Sanitaire
EAH	Eau Assainissement et Hygiène
ECD	Equipe Cadre de District
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EFSA	<i>Emergency Food Security Assessment</i>
FSNWG	Groupe de travail régional sur la sécurité alimentaire et la nutrition
HEA	<i>Household Economical Approach</i>
HKI	Helen Keller International
ICP	Infirmier Chef de Poste
IEC	Information Education Communication
IMC	Indice de Masse corporelle
INSD	Institut National de la Statistique et de la Démographie
MAG	Malnutrition Aiguë Globale
MAM	Malnutrition Aiguë Modérée
MAS	Malnutrition Aiguë Sévère
MCD	Médecin Chef de District
MS	Ministère de la Santé
NU	Nations Unies
OCADES	Organisation Catholique pour le Développement et la Solidarité
OBC	Organisation à Base Communautaire
OCHA	Bureau de coordination des affaires humanitaires
OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PB	Périmètre Brachial
PFN	Point Focal Nutrition
PCIMA	Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant

PEC	Prise En Charge
PTF	Partenaire Technique et Financier
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RTIA	<i>Real time independent evaluation</i>
SIDA	Syndrome de l'Immuno Déficience Acquise
SMART	<i>Standardised Monitoring Assessment in Relief and Transition</i>
SEMUS	Solidarité Entraide Mutuelle au Sahel
SNU	Système des Nations Unies
SQUEAC	<i>Semi-Quantitative Evaluation of Access and Coverage</i>
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNS	Politique Sanitaire Nationale
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
SC	Save the Children
SIDA	Syndrome de l'Immuno Déficience Acquise
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux
SUN	<i>Scaling Up Nutrition</i>
TDH	Terre des Hommes
TDR	Termes de Références
UNICEF	Organisation des Nations Unies pour l'Enfance
VIH	Virus de l'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

Activités	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
Bonnes pratiques	Initiatives qui ont fait preuve de leur succès et peuvent être reproduites
Effets réalisés (ou réalisations)	Changements (voulus ou non, positifs ou négatifs) résultant directement d'une intervention
Efficacité	Mesure dans laquelle une intervention a atteint, ou est susceptible d'atteindre, les résultats immédiats escomptés
Efficience	Mesure selon laquelle les ressources (fonds, expertise, temps, etc.) sont converties en résultats de façon économe
Fiabilité	Fait référence à la qualité des techniques, procédures et analyses utilisées pour collecter et interpréter les données
Leçons apprises	Facteurs de succès ou échecs
Performance	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)
Pertinence	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
Résultats	Extrants ou produits (« outputs ») et réalisations ou effets immédiats à la fois positifs et négatifs, prévus et imprévus provoqués par l'intervention
Parties prenantes	Agences, organisations, groupes ou individus qui ont un intérêt direct ou indirect dans l'action de développement ou dans son évaluation
Triangulation	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
Validité	Disposition selon laquelle les stratégies et les instruments de collecte d'information permettent de mesurer ce qu'ils sont censés mesurer.
Durabilité	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 2007)

Abandon	Patient absent pendant 2 séances consécutives
Admissions MAS (avec complications)	P/T < 70% ou présence d'œdèmes bilatéraux ou PB < 11 cm (si taille supérieure à 65 cm)
Non-réponse	Si au bout des 3 mois de traitement le patient n'est pas guéri (P/T < 85%)
Rechute	Retour au traitement

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 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 ».

Au Burkina, au terme de l'analyse de la situation alimentaire et nutritionnelle mis en exergue par les différentes enquêtes, le plan de soutien aux personnes vulnérables initialement préparé par le Gouvernement en décembre 2011 fut révisé après la déclaration officielle de la crise le 02 mars 2012. Sept régions furent identifiées comme étant les plus touchées par la crise alimentaire : le Sahel, le Nord, l'Est, le Centre-Nord, le Centre-Est, le Centre-Ouest et la Boucle du Mouhoun.

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 future. 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 aiguë sévère (PCIMA) et des mécanismes de coordination.

3. Champ de l'évaluation. Les activités planifiées dans le document de stratégie globale de réponse à la crise nutritionnelle 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 aiguë sévère (MAS) ont été élaborés à cet effet.

L'équipe d'évaluateurs a entrepris des visites de terrain dans deux régions sanitaires à savoir le Centre-Nord /Kaya et le Nord /Ouahigouya. Ces deux régions ont été retenues car faisant partie des zones les plus touchées par la crise alimentaire. 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 structures de PEC hospitalière et 7 Centres de santé et de promotion sociale (CSPS pour la PEC ambulatoire) ont été visités. Des groupes de discussion ont été menés autour des sites de PCIMA visités : 5 avec les hommes et 6 avec les femmes.

L'équipe d'évaluateurs était composée de deux consultantes indépendantes spécialistes en nutrition et évaluation recrutées par WCARO, et un consultant national identifié par le bureau de l'UNICEF au Burkina. La visite au Burkina s'est déroulée du 30 mars au 14 avril 2013.

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, le calendrier des visites qui ne coïncidait pas avec les jours de PCIMA a limité le nombre de séances de PCIMA observées (3/7). Enfin l'équipe n'a pas pu entreprendre des visites de terrain durant la première semaine de son séjour suite à une grève générale au sein du Ministère de la Santé.

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

Les formations dans le cadre de la mise à l'échelle de la PCIMA ont justement privilégié les régions du Sahel, du Nord et du Centre-Nord. L'UNICEF a initié et financé trois missions trimestrielles conjointes UNICEF/PTF Nutrition/DN « Missions conjointes d'opérationnalisation et de suivi du volet nutrition du plan de réponse nationale à la crise alimentaire 2012 », qui ont permis d'orienter l'opérationnalisation du volet nutrition du plan de réponse nationale. Par contre, l'absence de visites de supervisions indépendantes par les membres de l'équipe de la Section Nutrition de l'UNICEF est discutable au titre de la redevabilité.

Globalement, la gestion des intrants (ATPE et médicaments du traitement systématique) et les autres aspects sous la responsabilité de l'UNICEF (commande initiale, achat, transport jusqu'au DS) ont été adéquats. Les quelques problèmes survenus au niveau des CSPPS ont été ponctuels et principalement liés aux déficiences de gestion au niveau des DS ou des formations sanitaires et/ou leur faible capacité de stockage. Au regard de ces problèmes, l'UNICEF a soutenu une mission conjointe (logistique et nutrition) suivie d'une formation pour les gestionnaires des dépôts pharmaceutiques responsables de la gestion des stocks, du suivi de la consommation et des commandes.

Les fonds mobilisés par l'UNICEF se sont focalisés, de par son mandat, sur la PEC de la MAS (soit 40% du besoin total). Au Burkina, les besoins estimés pour les activités de prévention pour l'ensemble des PTF (y compris l'UNICEF) représentent une part importante (environ 37%) du budget total pour les interventions en nutrition. Cependant, la contribution de l'UNICEF aux activités de prévention a été faible (soit moins de 1% du budget pour la prévention).

PCIMA

En décembre 2012, 91% des cas attendus (soit 77 477 nouveaux cas) de MAS avaient été admis dans les structures de prise en charge à l'échelle nationale. Toutefois, on observe des variabilités importantes entre les régions. Tandis que certaines régions ont largement dépassé le nombre de cas attendus (188%), d'autres n'ont même pas atteint la moitié des cas estimés (28%).

Le suivi trimestriel des activités de PCIMA en ambulatoire en 2012 a montré que les performances étaient globalement en accord avec les normes SPHERE. A l'échelle nationale le taux de guérison trimestriel le plus faible était de 86%, et les taux de décès et d'abandon les plus élevés étaient respectivement de 1,4% et 13%. Si en ambulatoire les bilans sont positifs, ce n'est pas le cas au niveau des CREN où le pourcentage d'abandons et de mortalité (11%) restent préoccupants. Il existe toutefois des doutes sur la qualité des données collectées, la périodicité de l'analyse, et la confusion créée par l'utilisation de doubles critères d'admission et de sortie.

En 2012 toutes les structures sanitaires du Burkina (CSPPS, CMA, CHR, CHU) offraient la PCIMA. Le continuum de PCIMA « communauté, ambulatoire, hôpital, MAM » a fonctionné relativement bien grâce au renforcement des capacités du personnel de santé. La PEC de la MAS en ambulatoire est pratiquée de façon routinière au cours des CNS dans tous les CSPPS et au moins un jour est dédié à la PCIMA. Toutefois, il y a un certain nombre de défaillances à différents niveaux :

- Communauté vers les CSPPS : divergence de seuils de référencement de la malnutrition aigüe sévère (seuil de PB de 110 mm avec confirmation par l'indice poids-taille < 70% ou la présence d'œdèmes dans les régions qui appliquent le protocole national de 2007, et PB de 115 mm comme critère indépendant pour l'admission dans les régions ayant bénéficié de formations sur les nouvelles normes internationales).
- Dans les CREN : manque de ressources humaines et financières pour le bon fonctionnement des CREN, et barrières financières (non gratuité de la PEC médicale). Toutes les structures de PCIMA (CSPPS, CREN) visitées disposaient d'une copie du protocole national 2007 et des aides mémoires. Néanmoins, au niveau des structures la qualité est variable pour des raisons diverses ; on peut indexer entre autres l'absence de formations et/ou de supervisions.

Malgré la forte implication des partenaires, aucune substitution aux services et institutions du ministère de la santé n'a été signalée. Au contraire le personnel infirmier considère maintenant la PCIMA comme une activité de routine, toutefois le rapportage mensuel semble être une surcharge ce qui justifie les retards.

Selon les avis collectés pendant les groupes de discussions, les populations bénéficiaires ont apprécié très positivement les interventions en 2012. La PEC des MAS a été particulièrement appréciée et les vertus des ATPE ont été louées. Par contre les personnes rencontrées estiment que les aides alimentaires ont été salutaires mais insuffisantes. Il s'est dégagé au sein des populations une forte prise de conscience sur la nécessité d'améliorer leur résilience.

Prévention

La lettre d'entente PAM/UNICEF prévoyait la collaboration des deux agences dans la promotion de l'ANJE. Parmi les activités prévues, des séances d'éducation sur l'ANJE ont été dispensées à toutes les mères d'enfants de 6-59 mois participants au programme de Blanket feeding et/ou enrôlés dans les programmes de prise en charge de la MAM.

Paquet complémentaire/intégration

Les résultats tant pour la stimulation psychosociale que pour WASH in Nut ont été très limités, voire inexistant (à peine 1% des CSPS ont distribué des kits WASH). Les quelques activités réalisées l'ont été grâce à l'appui technique ou financier de WCARO ainsi qu'à l'engagement du personnel de l'UNICEF et des partenaires opérationnels. Mais l'engagement au sein de l'UNICEF n'a pas été uniforme et l'intérêt des partenaires pas toujours évident. La coordination au sein de l'UNICEF ainsi que le financement largement insuffisants ont ralenti sinon empêché la mise en œuvre de ce paquet complémentaire. Par ailleurs l'ancrage de ces activités dans les politiques nationales (par exemple la stimulation psychosociale dans le protocole national) ainsi que l'ancrage institutionnel (différents ministères impliqués) n'ont pas été pris en compte en amont, constituant ainsi un handicap majeur au lancement et à la mise en œuvre des activités. Enfin, le manque de consultation et concertation par WCARO avec les équipes au niveau du pays avant de lancer ces initiatives a certainement contribué à l'absence d'appropriation par les sections concernées au sein de l'UNICEF.

Questions transversales

Durabilité. La crise a permis une certaine accélération du renforcement des capacités de PCIMA à tous les niveaux décentralisés (régions et districts) et surtout au niveau des structures de PEC que sont les CSPS et CREN. La réponse à la crise et la concertation entre les différents acteurs a facilité l'harmonisation des modalités d'appui au ministère de la santé pour la PCIMA, en prenant un rôle d'accompagnement plutôt que de substitution. Cependant, l'afflux de partenaires financiers et opérationnels a aussi créé une dépendance excessive vis-à-vis de la mise en œuvre de la PCIMA, reconnue par la plupart des acteurs et à tous les niveaux.

Système de collecte et gestion de l'information. La mise en œuvre de la réponse à la crise a permis l'harmonisation des outils de collecte et d'analyse et de récupérer un circuit unique pour la transmission des données de la PCIMA, même si l'avis général est que le circuit d'information reste à améliorer dans la forme et le contenu. La périodicité de la collecte, transmission et analyse des données reste un inconvénient : les admissions sont collectées et analysées mensuellement alors que les données sur les sorties ne sont analysées que trimestriellement. Ce système de suivi ne permet pas de prendre des mesures correctives à temps si nécessaires.

Coordination. L'UNICEF en tant que leader du groupe PTF-Sécurité Nutritionnelle a, à l'unanimité des acteurs, bien joué son rôle dans la coordination de la réponse nutrition. Le groupe initial d'une vingtaine de membres, s'est agrandi à une soixantaine fin 2012 incluant bailleurs de fonds, agences des NU, ONG nationales et internationales, OBC et instituts de recherche. Au total 17 rencontres ont été tenues en 2012 et, les comptes rendus des réunions qui font le point des actions consensuelles ont été utilisés comme référence pour le suivi régulier. Cela a permis de dégager un taux de réalisation des activités de 95%.

Conclusions. Quoique la déclaration officielle de la crise ait été tardive (mars 2012), la réponse a pu être enclenchée rapidement grâce à l'anticipation de l'UNICEF, des PTF et ONG qui avaient déjà préparé des plans de réponse qui ont été harmonisés à travers le groupe PTF-Sécurité Nutritionnelle mis en place au courant du dernier trimestre 2011. Cette bonne coordination de la réponse a été saluée par tous les acteurs qui ont mentionné le rôle décisif du bureau pays de l'UNICEF. L'anticipation dans la réponse à la crise – particulièrement l'UNICEF qui avait mis en place un stock d'urgence doublé de commandes anticipées bien avant la déclaration de la crise – a permis d'atteindre de bon niveau de performance et certains acteurs pensent que cela a permis de juguler une crise nutritionnelle.

Dans l'ensemble l'appui financier et technique de l'UNICEF à la réponse nutrition a été bien adapté aux besoins identifiés. Par exemple, pour améliorer la coordination au niveau régional et district et la supervision au niveau périphérique, l'UNICEF a initié et financé des missions conjointes trimestrielles des membres du Groupe PTF-Sécurité Nutritionnelle et de la DN. Bien que ces missions ont en effet permis de prendre des mesures correctives opportunes face à diverses contraintes identifiées (par exemple mission conjointe logistique nutrition, ces dernières ne devraient pas supplanter des supervisions indépendantes par les membres de l'équipe de la Section Nutrition de l'UNICEF. De telles supervisions sont primordiales au vu de des responsabilités de redevabilité de l'UNICEF en tant qu'acteur clé et bailleur de fonds dans la réponse à la crise nutritionnelle

Aucun personnel supplémentaire n'a été engagé par le bureau de l'UNICEF, celui-ci ayant jugé que l'équipe en place était suffisante. Toutefois un personnel supplémentaire aurait augmenté les capacités de supervision de l'UNICEF sur le terrain.

Le renforcement de capacités réalisé ou financé par l'UNICEF pour les acteurs de mise en œuvre pendant 2012 devait répondre à un double besoin à savoir l'amélioration de la mise en œuvre de la PCIMA et l'intégration du paquet complémentaire, quoique à moindre échelle pour ce dernier. Les formations dans le cadre de la mise à l'échelle de la PCIMA ont justement privilégié les régions prioritaires du Sahel, le Nord et le Centre-Nord.

Les estimations de cas attendus réalisées n'ont pas été optimales avec des variations spatio-temporelles dans les admissions MAS - sous ou surestimations des admissions au niveau des régions et augmentation des admissions en dehors du pic saisonnier, pour diverses raisons dont : la présence d'ONG non adaptée aux besoins (régions pourtant prioritaires avec peu ou pas d'ONG) ; la variabilité dans le niveau et modalité des motivations des ASC et donc de leur implication dans le dépistage ; et la coexistence de plusieurs scénarios en ce qui concerne les critères d'admission (régions/DS qui continuent à utiliser le protocole comme validé en 2007 ; d'autres utilisant uniquement les nouvelles normes qui seront incluses dans le nouveau protocole ; et d'autres où les deux cas de figures se présentent, parfois dans le même CSPS).

Il est donc fortement recommandé d'examiner les lacunes dans l'appui des ONG, d'instaurer un système de motivation pérenne pour les ASC en consultation et avec l'implication des COGES et d'accélérer le plan de passage à l'échelle de la PCIMA par la finalisation et la mise en œuvre du nouveau protocole, et à défaut accélérer les formations en cascades (DRS→DS→CSPS) pour harmoniser les critères sur toute l'étendue du territoire.

Dans leur ensemble, les CREN, souffrent des mêmes difficultés systémiques que le reste des services hospitaliers du pays. Il est vrai qu'à part la formation et recyclages périodiques, une meilleure organisation du travail au sein des CREN pourrait avoir un impact sur la qualité de la PEC et finalement sur la mortalité. Mais l'intégration des CREN dans les services de pédiatrie, qui est assurément une bonne chose en ce qui concerne la pérennité, est un handicap dans un système des soins de santé qui connaît un grand roulement de personnel chez les infirmières et les médecins. Les supervisions formatives et l'inclusion d'un module sur la PCIMA dans les *curricula* de formation du personnel de santé pourraient amener un élément de réponse.

Si la mise en œuvre du plan de réponse à la crise nutritionnelle a globalement bien fonctionné, et a été appréciée à tous les niveaux, y compris les bénéficiaires, beaucoup de contraintes et défis restent à relever pour donner une réponse véritablement intégrée aux prochaines interventions. D'une part, le financement largement insuffisant a ralenti sinon entravé la mise en œuvre de ce paquet complémentaire. D'autre part, une contrainte majeure qui a empêché la mise en œuvre d'une réponse intégrée fut le manque de coordination entre les sections Santé/Nutrition, WASH et Protection. Il appartient au Bureau pays de mettre en œuvre un système de collaboration entre sections plus fluide à l'image des acquis du groupe PTF Nutrition formé avec des partenaires extérieurs.

Le rapportage mensuel des données d'admission de PCIMA ayant permis des avancées notables dans le suivi-évaluation, UNICEF Burkina devrait continuer le plaidoyer auprès des partenaires nationaux et internationaux pour améliorer la qualité des données et l'institutionnalisation du reportage mensuel de données désagrégées pour les sorties.

Bonnes pratiques

- Elaboration anticipée des plans de réponse
- Regroupement des partenaires en groupe PTF de la Sécurité Nutritionnelle
- Existence d'un stock d'urgence d'intrants thérapeutiques et les commandes anticipées
- L'intégration des partenaires plutôt que la substitution aux services et institutions du ministère de la santé
- Collecte mensuelle des admissions et circuit unique de collecte et transmission des données

8. Recommandations

L'équipe d'évaluateurs recommande les actions suivantes :

Recommandations	Responsabilité (chef de file/autres partenaires)
Politiques, stratégies et plans d'action	
→ Accélérer l'élaboration / validation du nouveau protocole	Ministère de la santé (DN) / UNICEF Burkina
→ Concrétiser le statut des ASC prévu dans la politique nationale de santé communautaire à moyen terme	Ministère de la santé / groupe PTF
Mise en œuvre	
→ Dans les situations de crise, mettre en place un système de supervisions indépendantes quitte à faire appel à un personnel sous CDD.	UNICEF Burkina
→ En attendant l'élaboration/validation d'un nouveau protocole, accélérer les formations afin d'harmoniser les critères d'admissions sur toute l'étendue du territoire	DN / UNICEF
→ Renforcer les actions d'appui, formation et supervisions formatives au niveau des CREN	UNICEF, / DN / groupe PTF
→ Explorer des mécanismes de coordination au sein de l'UNICEF qui permettent l'intégration efficace des actions des différentes sections à une nouvelle réponse humanitaire, notamment entre la Nutrition et la Santé, la WASH et la Protection	UNICEF Burkina
→ Continuer le plaidoyer auprès des partenaires nationaux et internationaux pour l'institutionnalisation du reportage mensuel de données désagrégées pour les sorties	UNICEF Burkina

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 (FSMWG) 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 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 avec la malnutrition aiguë dans les communautés et les établissements de santé grâce à un diagnostic précoce et à un traitement efficace du programme de PCIMA ;
- 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'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.

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 (voir TDR en annexe).

Trois pays ont été retenus 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 transversale en ce sens qu'il incluait :

- le *blanket feeding* et l'amélioration de l'ANJE (en particulier l'alimentation de complément) ;
- l'amélioration de la santé et nutrition maternelle ;
- 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 Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aigüe 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, l'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH), la santé (traitement et prévention des maladies infantiles), la communication (C4D), et la protection (soutien psychosocial).

L'équipe d'évaluation 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 l'appui technique et financier de l'UNICEF. Les autres composantes sont mentionnées et discutées là où cela semble 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 Burkina Faso et contribuer ainsi à l'apprentissage organisationnel. Plus spécifiquement, cette évaluation vise à examiner, de manière aussi systématique et objective que possible :

- l'efficacité, l'efficience, la durabilité et la qualité de la réponse nutritionnelle au Burkina ;
- 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.

Pour chacune de ces questions l'équipe d'évaluation identifiera et discutera les contraintes, bonnes pratiques et enseignements tirés.

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 nationaux¹, ont également eu l'opportunité de s'informer et de dialoguer avec les personnes ressources au sein des sections de Communication pour le développement (C4D), Eau, assainissement et hygiène (WASH), Education, Nutrition, Protection, Santé et Urgences. Comme recommandé dans les TDR (Annexe 4), 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 d'activités de PCIMA	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). 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.

2.2.2 Déroulement de la mission au Burkina

Durée de séjour et organisation. L'équipe d'évaluation a séjourné au Burkina du samedi 30 mars (arrivée) au dimanche 14 avril (départ) 2013. Le lundi 1^{er} avril étant férié, l'équipe disposait de 9 jours (en dehors des week-ends) pour les entretiens avec les parties prenantes et les visites d'activités de PCIMA (Annexe 1). Pendant toute la visite, l'accent a été mis sur les 7 régions de la bande sahéenne

¹ Le consultant national du Niger n'a pas pu y participer suite aux délais des démarches administratives

du pays, les plus touchées par la crise : le Sahel, le Nord, l'Est, le Centre-Nord, le Centre-Est, le Centre-Ouest et la Boucle du Mouhoun.

Revue documentaire. Durant son séjour au Burkina, la mission a complété la documentation déjà fournie par la section nutrition du bureau régional et celle mobilisée par le consultant national, auprès du bureau de l'UNICEF à Ouagadougou, ainsi qu'auprès des parties prenantes rencontrées. La liste des documents consultés est jointe en annexe (Annexe 2).

Entrevues. L'équipe a mené des entrevues avec différentes parties prenantes en utilisant le guide d'entretien élaboré à cet effet. Les notes manuscrites prises lors de ces entrevues 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 entrevues conjointement, se sont partagés la responsabilité de transcrire les notes dans un fichier confidentiel. Chaque membre de l'équipe ayant participé à l'entrevue 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, notamment : planification, mobilisation de fonds, financement et mise en œuvre. Les représentants des principales parties prenantes interviewés sont présentés dans le **Tableau 2**). La liste des personnes rencontrées est jointe en annexe (Annexe 3).

Tableau 2 Parties prenantes rencontrées à Ouagadougou

UNICEF Burkina	Représentant et Représentant Adjoint Section santé/Nutrition ¹ Section WASH Section Protection Section Supply
Ministère de la Santé	Direction de la Nutrition
Agences NU	OMS, PAM, OCHAPAM OCHA
Donateurs	ECHO
ONG du groupe PTF Sécurité Nutritionnelle	Action Contre la Faim (ACF) ² Save the children (SC) Terre des Hommes (TdH) ³ HKI ⁴ Keoogo/ALIMA ⁴ CRBF Help

¹ Echanges continus pendant toute la visite.

² ONG rencontrée individuellement et pendant la séance discussion avec le groupe PTF à Ouagadougou.

³ ONG rencontrée individuellement, pendant la séance discussion avec le groupe PTF à Ouagadougou, et sur le terrain.

⁴ ONG rencontrée pendant la séance discussion avec le groupe PTF à Ouagadougou, et sur le terrain.

Visites de terrain. Les visites de terrain ont été organisées dans deux Régions sanitaires à savoir le Centre-Nord /Kaya (visité du 28 au 30 mars 2013) et le Nord /Ouahigouya (visité du 08 au 10 avril 2013). Ces deux régions ont été retenues car faisant partie des zones les plus touchées par la crise alimentaire avec des taux de MAS dépassant le seuil critique de 15%. En vue de documenter au mieux l'impact de la présence de partenaires (ONG locales ou internationales) sur la réponse, la méthodologie prévoyait la couverture de trois cas de figures à savoir : un site sans appui de partenaire opérationnel ; un site soutenu par une ONG internationale ; et un site soutenu par une ONG nationale. Pour répondre à ces critères, trois districts sanitaires (DS) ont été sélectionnés à savoir le DS de Kongoussi au Centre-Nord et les DS de Séguénéga et Yako au Nord. Le choix du DS de Kongoussi se justifie par le fait qu'il n'a bénéficié de l'appui d'aucune ONG en 2012. A l'opposé, les DS de Séguénéga et Yako ont été retenus pour l'évaluation car ils bénéficiaient en 2012 respectivement de l'appui de l'ONGI Terre des Hommes et des ONG nationales SEMUS/Keoogo.

Au niveaux régional et district, l'équipe s'est entretenue avec les équipes cadre des régions sanitaires et les équipes cadre des districts (ECD) de Kongoussi au Centre-Nord, et Ouahigouya, Séguénéga et Yako Nord. Ces discussions ont été orientées par le guide d'entretien utilisé au niveau central. Les évaluateurs ont visité les Centres de Récupération et d'Education Nutritionnelle (CREN) de Kongoussi (CMA Kongoussi), de Ouahigouya (CREN et pédiatrie du nouveau CHR) et Séguénéga (CMA soutenu par TdH). Au cours de ces visites, la prise en charge de cas de MAS avec complications a été évaluée en utilisant la grille d'observation et des entretiens avec le personnel soignant dans sept Centres de Santé et de Promotion Sociale (CSPS).

Tableau 3 Régions, districts et structures sanitaires visités

Région / District	Type de structure	Type d'activité	Acteurs
Région Centre-Nord			
DS Kongoussi	CMA Kongoussi	CREN	MS/UNICEF
	CSPS Yilou	PEC MAS	MS/UNICEF
	CSPS Sabcé	PEC MAS	MS/UNICEF
	CSPS Kora	PEC MAS	MS/UNICEF
Région Nord			
DR/DS Ouahigouya	CHR Ouahigouya	CREN	MS/UNICEF
DS Séguénéga	CMA Séguénéga	CREN	MS/UNICEF/TDH
	CSPS Kalsaka	PEC MAS	MS/UNICEF/TDH
	CSPS Berenga	PEC MAS	MS/UNICEF/TDH
DS Yako	CSPS Niognongou	PEC MAS	MS/UNICEF/ SEMUS/ Keogo
	CSPS Gomponsom	PEC MAS	MS/UNICEF/SEMUS/Keogo

A ce niveau, l'équipe d'évaluation a procédé à l'évaluation de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère en ambulatoire. La trame de l'évaluation était la grille d'observation doublée des entretiens avec le personnel infirmier et les Agents de santé communautaire (ASC). Sur les sept CSPS visités, les activités PCIMA n'ont pu être observées que sur trois sites pour des raisons de non concordance de calendrier (la PCIMA est programmée une fois par semaine dans les CSPS). Dans les quatre autres CSPS, les évaluateurs se sont entretenus avec le personnel infirmier en charge de la PCIMA et le personnel des ONG si présents et ont précédé à une revue des outils de gestion disponibles (équipements anthropométriques, fiches de suivi, registres etc.). Les détails sur les structures visitées, les types d'activités et les acteurs sont résumés dans le **Tableau 3**.

Groupes de discussion avec les bénéficiaires. En vue de recueillir les avis des bénéficiaires sur leurs perceptions de la réponse à la crise de 2012, l'équipe a organisé des discussions avec des groupes d'hommes et des femmes de 8 à 10 personnes. Au total, 11 séances de discussions de groupes ont été réalisées, soit six avec des femmes et cinq avec des d'hommes. Les participants ont été sélectionnés au sein des populations couvertes par le CSPS visités.

Tableau 4 Groupes de discussion avec les membres de la communauté

District	Structure sanitaire	Genre	
		F	H
Kongoussi	CSPS Kora et Yilou	2	2
Séguénéga	CSPS Kalsaka et Berenga	2	1
Yako	CSPS Niognongou et Gomponsom	2	2
Total		6	5

Les groupes d'hommes étaient composés de chefs de ménages de type nucléaire ou élargi² ayant des âges variant entre 22 et 61 ans. La taille minimale des ménages nucléaires (chef de ménage, épouse et enfants) était de 6 personnes tandis que celle des ménages élargis (chef de ménages, épouses, enfants et autres personnes apparentées au chef) atteignait 45 personnes. Les groupes de femmes ont été sélectionnés au sein des mères d'enfants de 0-5 ans. Leurs âges varient entre 20 et 45 ans et celui de leurs derniers enfants était compris entre 6 mois et 2 ans. Les discussions ont été conduites en des lieux définis de commun accord avec les participants (hangars CSPS, Case de Nutrition, etc.) et l'animation a été faite en langue locale (*Mooré*) par un duo composé du consultant national et un

² La classification en type de ménage répond au définition de **LACHAUD Jean-Pierre (1996)** : Croissance économique, pauvreté et inégalité des revenus en Afrique subsaharienne: analyse comparative

animateur bilingue français/mooré selon le guide de discussion. 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 discussions de groupes ont fait l'objet d'une analyse thématique de contenu. L'analyse des données qualitatives obtenues a été faite de façon manuelle (sur *Word*). Cela a consisté en une analyse thématique en deux étapes : *le repérage* des idées significatives et leur *catégorisation*. Les thèmes (ou unités de base) identifiés ont ensuite été classifiés en opinions, attitudes et stéréotypes et des interprétations plausibles, démontrant une concordance entre les facteurs identifiés ont été données.

Compilation des observations / Analyse / Rédaction du rapport. L'équipe d'évaluation 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 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.

2.3 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.

2.4 Contraintes et limites de l'évaluation

Au titre des difficultés rencontrées au cours de l'évaluation, il convient de mentionner : 1) le raccourcissement de la phase préparatoire (suite à des problèmes administratifs) qui a restreint le temps assigné à la revue documentaire et à l'élaboration de la méthodologie ; et 2) la durée de l'évaluation fut relativement courte au regard de la complexité de la crise, du nombre de parties prenantes et de la richesse de la documentation disponible.

Sur le terrain, les évaluateurs ont été confrontés aux inconsistances entre les sources de données quantitatives à analyser. Dans le planning, le calendrier des visites qui ne coïncidait pas avec les jours de PCIMA a limité le nombre de séances de PCIMA observées (3/7). Enfin l'équipe n'a pas pu entreprendre des visites de terrain durant la première semaine de son séjour suite à une grève générale au sein du Ministère de la Santé.

Tableau 5 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
Effizienz									
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	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	
Efficacité									
1.2.1 Atteinte des objectifs	✓					✓			
1.2.2 Ciblage géographique	✓					✓			✓
1.2.3 Conséquences fortuites	✓	✓	✓	✓	✓		✓		✓
Qualité									
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					✓				✓
Durabilité									
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		✓				✓	✓	✓	
Système de collecte et gestion de l'information									
2.1 Mise en place & adéquation	✓					✓	✓	✓	
2.2 Qualité & fiabilité	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	
Coordination									
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	✓	✓	✓	✓			✓		
Intégration									
3.5 Réponse nutrition a intégré autres secteurs	✓					✓	✓	✓	✓

3 CONTEXTE DU PAYS

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 Burkina Faso

Situation sociodémographique. Le Burkina Faso, pays enclavé de 272 967 km², est situé dans la boucle du Niger ; limité au Nord et à l'Ouest par la République du Mali, au nord-est par le Niger, au Sud par le Togo, le Bénin, le Ghana et la Côte d'Ivoire. En 2011, la population du Burkina était estimée à 17 millions (BM fiche pays) avec un taux d'accroissement intercensitaire de 3,1%. Ce fort taux s'explique entre autres par une divergence croissante entre les taux de natalité et de mortalité, un taux de fertilité très élevé et enfin une évolution très lente dans l'adoption des méthodes modernes de contraception (EDS, 2010).

Malgré le nombre croissant d'enfants scolarisés, les taux d'alphabétisation restent faibles : 71% des burkinabés de 6 ans et plus n'ont aucun niveau d'instruction, 67% des hommes et 80% des femmes de 10 ans et plus ne savent ni lire ni écrire (EDS, 2010). En plus du fardeau de l'analphabétisme la femme n'a souvent pas accès à la prise de décision concernant sa vie sexuelle et reproductive dans la société burkinabé. Cela explique en partie le recours tardif aux services de santé et la faible adhésion au programme de planning familial. Des pratiques telles que l'excision (76% des femmes étaient excisées en 2010) et les violences domestiques sont encore très répandues (INSD 2010).

Contexte politico-administratif et économique. Périodes démocratiques et renversements se sont succédés depuis 1966. En 1991 une Constitution fut adoptée et des élections multipartites eurent lieu. Après une vingtaine d'années d'accalmie relative, le Burkina Faso a connu une période de protestations et de troubles politiques en 2011, mais la situation s'est depuis normalisée.

L'économie du Burkina Faso dépend des exportations cotonnières et est vulnérable aux chocs exogènes, même si au cours des deux dernières années, l'extraction minière y occupe une place de plus en plus importante. La Stratégie de Croissance Accélérée et de Développement Durable (SCADD) nouvellement adoptée a été conçue avec l'objectif ambitieux d'une croissance économique à deux chiffres par an au cours des cinq prochaines années, afin de résoudre la question de la pauvreté. Le taux de pauvreté au Burkina était estimé à 46% en 2009 et le pays a été classé 181ème sur 187 pays selon l'Indice de Développement Humain du PNUD en 2011.

Sur le plan administratif, le Burkina Faso est subdivisé en 13 régions, 45 provinces, 350 départements, 351 communes (49 communes urbaines et 302 communes rurales) et 8 228 villages.

3.2 Situation sanitaire

Les efforts du Gouvernement burkinabè et de ses partenaires au développement pour améliorer significativement l'accès des populations à la santé présentent des résultats encourageants cependant, les défis restent importants pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

Principaux problèmes de santé publique. Au Burkina, les taux de morbidité et de mortalité se situent parmi les plus élevées au monde. Le ratio de mortalité maternelle était estimé à 341 pour 100 000 naissances vivantes en 2010 (INSD 2010). En 2012, le taux de mortalité néonatale était estimé à 38 pour 1000 naissances et le taux de mortalité infanto-juvénile à 120 pour 1000 naissances vivantes. La mortalité infanto-juvénile est due essentiellement au paludisme, aux maladies diarrhéiques, aux infections respiratoires aiguës et à la malnutrition.

L'accessibilité géographique et financière aux services de santé. La couverture du pays en infrastructures est globalement insuffisante. La répartition des formations sanitaires existantes dans les régions est très inégale. Le rayon moyen d'action des formations sanitaires est passé de 9.18 km en 2001 à 7.2 km en 2011. Toutefois, les zones rurales et péri urbaines restent peu couvertes : la distance moyenne des formations sanitaires à l'hôpital de référence le plus proche offrant des soins chirurgicaux et des soins néonataux est en moyenne de 35 km au niveau national (Evaluation SONU 2010). L'accessibilité financière (coût des prestations et des médicaments, même génériques) est généralement élevée. La part contributive des ménages au financement des dépenses totale de santé était estimée à 38,5% en 2008 (SONU, 2010).

La qualité des soins et des services de santé. En matière de qualité des soins et services de santé, le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2011-2020) souligne plusieurs insuffisances. On peut citer entre autres : une offre incomplète et non permanente de Soins obstétricaux et néonataux), un faible développement de la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME), ainsi qu'une faible prise en compte des activités de nutrition dans les plans d'action des districts. Le Paquet

minimum d'activités (PMA) n'est pas entièrement offert dans les formations sanitaires du fait d'une insuffisance de ressources humaines, en quantité et qualité et le système de référence et contre référence ne fonctionne pas de façon optimale.

Politique nationale sanitaire. Le PNDS 2011-2020 s'est donné comme objectifs de renforcer : 1) les mesures visant à lever la barrière financière aux soins de santé, 2) la disponibilité des ressources humaines de qualité et en quantité, 3) et la performance du système de santé.

Structure du système de santé. En 2012, le territoire est divisé en 13 régions sanitaires et 63 districts sanitaires (DS), qui dernièrement sont passés à 70. Il faut signaler que le découpage sanitaire ne suit pas toujours le découpage administratif et que la plupart des structures prestataires se trouvent autour des grandes concentrations urbaines (Ouagadougou et Bobo-Dioulasso).

Les structures publiques de soins sont organisées en trois niveaux qui assurent des soins primaires, secondaires et tertiaires. Le **premier niveau** correspond au district sanitaire qui comprend deux échelons :

- le Centre de Santé et de Promotion Sociale (CSPS), structure sanitaire de base du système de santé qui dispense le PMA à travers des activités promotionnelles, préventives et curatives.
- le Centre Médical avec Antenne chirurgicale (CMA) qui sert de référence pour les formations sanitaires du district. En outre, il existe des Centres Médicaux (CM) qui peuvent évoluer vers des CMA.

Le **deuxième niveau** est représenté par le Centre hospitalier régional (CHR) qui sert de référence et de recours aux CMA. En fin le **troisième niveau** - le Centre hospitalier universitaire - est le niveau de référence le plus élevé pour les soins spécialisés.

En plus des structures publiques, le pays dispose aussi de structures privées concentrées dans les deux principales villes (Ouagadougou et Bobo-Dioulasso) et confessionnelles gérées par l'Organisation Catholique pour le Développement et la Solidarité (OCADES). Enfin, l'importance de la médecine traditionnelle est reconnue par la loi et une direction technique a été créée à cet effet.

3.3 La nutrition et la PCIMA

La Direction de la Nutrition (DN) au sein de la Direction générale de la santé de la famille/MS est responsable a Direction de la nutrition (DN) est chargée de concevoir, planifier, coordonner et évaluer les programmes de nutrition ; d'assurer la coordination intra et inter sectorielle en matière de nutrition ; d'assurer l'appui-conseil pour le développement des activités de nutrition dans les services de santé et au niveau communautaire ; de participer à la gestion du système national de surveillance nutritionnelle et alimentaire ; de définir les normes nutritionnelles nationales ; de participer à l'évaluation des programmes de nutrition et d'alimentation ; et de participer à la recherche sur la nutrition. En outre, compte tenu du caractère multisectoriel et pluridisciplinaire de la nutrition, le Conseil national de concertation en nutrition (CNCN), créé par décret en janvier 2008 et placé sous l'égide du ministère de la santé coordonne, organise, oriente et suit la politique nationale en matière de nutrition.

Le Gouvernement du Burkina Faso a adopté une politique nationale de nutrition en 2007 qui constitue un cadre de référence pour fédérer les synergies d'actions dans le secteur de la santé/nutrition, et dispose d'un plan stratégique de nutrition. Entre autres stratégies identifiées, on peut citer : le renforcement de l'offre de services en matière de nutrition dans les formations sanitaires ; le renforcement de l'offre de services à base communautaire en matière de nutrition ; la coordination intra-sectorielle ; et la collaboration intersectorielle en matière de nutrition.

La PCIMA au Burkina est basée sur le protocole national de prise en charge de la malnutrition aiguë qui a été validé et disséminé en 2007. La révision du document est en cours car il n'adhère pas aux dernières recommandations internationales. Le Burkina n'a pas encore adopté les normes de croissance de l'OMS de 2006³ (avec le nouveau seuil pour le PB) ni les recommandations de la Déclaration Conjointe (UNICEF, PAM, OMS, SCN)⁴ de 2008 sur l'utilisation du périmètre brachial comme critère indépendant pour l'admission à la prise en charge.

3.4 Sécurité alimentaire et situation nutritionnelle

Au Burkina Faso, l'alimentation des populations (surtout rurales) repose essentiellement sur la production agricole qui est concentrée sur quelques mois à cause de la saisonnalité des pluies. Aussi, des familles et des communautés (surtout rurales) font annuellement face à une insécurité alimentaire structurelle à la période dite de soudure alimentaire (de mai à septembre). A cela s'ajoute

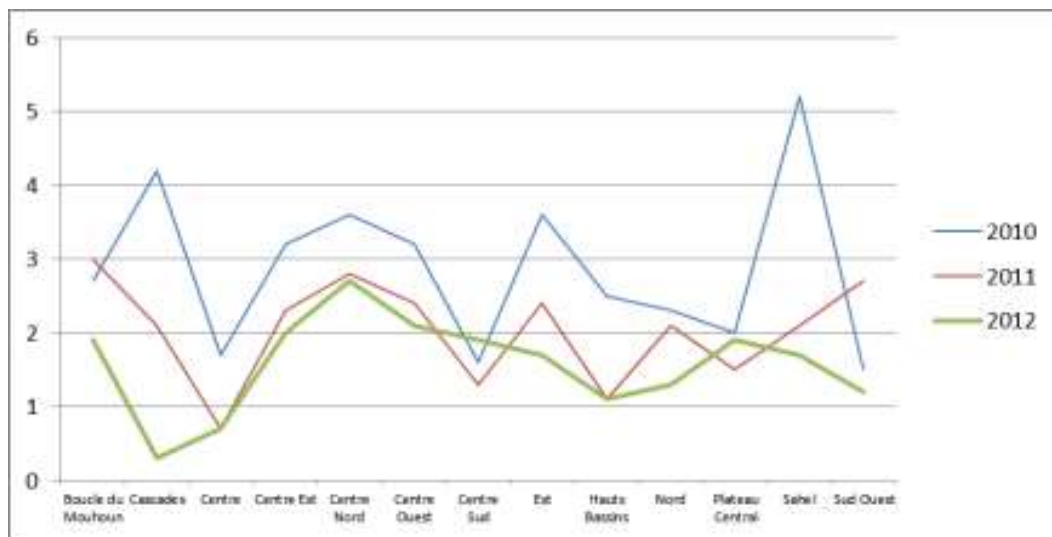
³ Normes pour le suivi de la croissance OMS 2006

⁴ Déclaration conjointe

de façon conjoncturelle des crises alimentaires liées à la sécheresse, aux inondations, invasion de criquets, etc. Ce fut le cas de la campagne agricole 2011-12 qui s'est caractérisée par une baisse de la pluviométrie et une mauvaise répartition spatio-temporelle. Cela a compromis les perspectives alimentaires en entraînant un déficit céréalier important qui a été mis en exergue dans le rapport provisoire du ministère de l'agriculture en septembre-octobre 2011.

La malnutrition aigüe globale est passée de 10,2% en 2011 à 10,9% en 2012. Le graphique comparatif de l'évolution des taux de MAS dans les 13 régions (Graphique 1) montre qu'en 2010, la prévalence de MAS était supérieure à 4% dans la région des Cascades et 5% dans la région du Sahel. Ces valeurs très élevées n'ont plus été observées en 2012 au cours de la crise alimentaire.

Graphique 1 Comparatif des taux MAS - enquêtes SMART 2010, 2011 et 2012 par région



Graphique 2 Prévalence MAG dans les 13 régions du Burkina Faso en 2011



3.5 Calendrier de la réponse

Le Tableau 6 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.

Au titre des actions à mettre à l'actif du gouvernement Burkinabè, on peut noter en août 2011 la publication des statistiques pressionsnelles de la campagne agricole 2011-2012 qui faisait ressortir un déficit céréalier brut estimé à -31 649 tonnes. A la même période, la publication des résultats provisoires de l'enquête SMART 2011 faisait ressortir une situation nutritionnelle caractérisée par une endémicité de la malnutrition. A l'analyse de cette situation d'ensemble, le gouvernement a jugé que le Burkina Faso était dans la précarité alimentaire. En décembre 2011, alors que l'enquête Household Economic Approach (HEA) est lancée, le gouvernement lance un *Plan Opérationnel de Soutien aux Populations Vulnérables*.

Le mois de février 2012 qui a précédé la déclaration officielle de la crise est marqué par la publication des statistiques définitives de la campagne agricole 2011-2012 et des résultats de l'enquête HEA. Au regard des situations mises en exergue par ces deux enquêtes, et sous l'instigation des ONG et des agences des NU, le gouvernement déclare officiellement le 2 mars 2012 une crise alimentaire et fait appel aux partenaires nationaux et internationaux. Après la déclaration de la crise, le *Plan Opérationnel de Soutien aux Populations Vulnérables* du gouvernement est révisé.

Au terme de l'analyse de la situation alimentaire et nutritionnelle mise en exergue par les différentes enquêtes, 170 communes localisées dans 29 provinces de 10 régions ont été identifiées comme zone à risque d'insécurité alimentaire. Les sept régions les plus touchées par la crise alimentaire étaient : le Sahel, le Nord, l'Est, le Centre-Nord, le Centre-Est, le Centre-Ouest et la Boucle du Mouhoun.

En amont de la déclaration officielle de la crise alimentaire, les agences des NU et les ONG ont mené plusieurs actions d'anticipation au regard de la situation critique. Fin octobre 2011, ECHO a soumis un programme de mitigation dont la signature est intervenue en décembre 2011. En novembre 2011 a eu lieu la première réunion officielle du Groupe des Partenaires Techniques et Financiers (PTF Nut) sous le leadership de l'UNICEF. Ce groupe fut et continue d'être le principal mécanisme de coordination de la réponse. En janvier 2012, une réunion des agences des Nations Unies (NU) fait un premier point sur les fonds disponibles pour la réponse. En mai 2012, l'ensemble des partenaires soumet l'Appel de fonds global (CAP), avec un montant total estimé à plus de 100 000 000 USD. Plus d'un quart de ce montant était destiné aux activités de nutrition. Pour une meilleure coordination de la PCIMA, l'UNICEF et le PAM signent une lettre d'entente (MOU) en septembre 2012.

Le bureau UNICEF Burkina a préparé en amont de la déclaration de la crise un premier plan de réponse en novembre 2011 qui exprimait déjà la nécessité d'une réponse intersectorielle, intégrée et coordonnée avec l'ensemble des partenaires. Ce premier fut revu début 2012 pour prendre en compte les orientations du Bureau régional (WCARO) et finalisé en avril 2012. Ce Plan de Réponse Intégrée rassemblait l'engagement des sections nutrition, santé, éducation, WASH, protection et communication.

Tableau 6 Calendrier de la réponse à la crise au Burkina Faso

Année	Mois	Enquêtes, missions d'évaluation et visites (UNICEF et/ou partenaires)	Déclarations et initiatives clés (Gouvernement et UNICEF)
2011	Août	Résultats Enquête Permanente Agricole Résultats provisionnels SMART	
	Septembre		
	Octobre		ECHO: programme mitigation (octroi argent liquide) Signes d'alerte sur le terrain
	Novembre		Première réunion « officielle » du groupe de PTF
	Décembre	Enquête HEA (déc. 2011-fév. 2012)	Plan Opérationnel de Soutien Plan de Réponse UNICEF
2012	Janvier		Réunion agences des NU faire le point sur fonds disponibles
	Février	Enquête EFSA (février – mars 2012) Rapport finale du Bilan Agricole 2011	
	Mars		Appel du Gouvernement
	Avril		Plan Opérationnel de Soutien révisé UNICEF Plan intégré de réponse CAP 2012
	Mai	RTIA	Réunion du CNCN 1ère mission conjointe DN et PTF
	Juin		Acceptation par le Ministère de la Santé du « Suivi rapproché de la PCIMA » (lettre Ministère Santé), mise en place de la base de données mensuelle des activités PCIMA
	Juillet		Présentation ACF sur la stratégie « WASH in Nut » 2ème mission conjointe DN et PTF
	Août		
	Septembre		MoU UNICEF – PAM
	Octobre		3ème mission conjointe DN et PTF
	Novembre		
	Décembre		
2013	Janvier		4ème mission conjointe DN et PTF
	Février		

4 RESSOURCES DEPLOYEES PAR L'UNICEF

4.1 Appui en ressources humaines

Au niveau de la section Santé/Nutrition, l'équipe avait été renforcée avant la crise et a été jugée suffisamment étoffée pour assurer le rôle de coordination qui a échoué à l'UNICEF pendant la crise. Aussi il n'a été ressenti aucun besoin supplémentaire en personnel. Toutefois certains partenaires interviewés estiment qu'un personnel supplémentaire devrait être mobilisé pour augmenter les capacités de supervision de l'UNICEF sur le terrain.

On peut enfin noter qu'il n'y a eu aucune initiative ou action quelconque de l'UNICEF dans le sens du renforcement du personnel étatique intervenant dans la réponse à la crise.

4.2 Renforcement de capacités

Le renforcement de capacités réalisé ou financé par l'UNICEF pour les acteurs de mise en œuvre en 2012 répond principalement à un double besoin à savoir l'amélioration de la mise en œuvre de la PCIMA et le renforcement des secteurs intégrés à la réponse.

Le passage à l'échelle de la PCIMA qui avait été initié en 2010 a bénéficié de l'appui de *Valid International*, avec des formations au niveau des districts en privilégiant les régions du Sahel, le Nord et le Centre-Nord (**Tableau 7**).

Tableau 7 Calendrier des formations en PCIMA facilitées par Valid International

Région et district	Date
Formation régionale Sahel	Février – Mars 2011
Formation district Djibo	Janvier – février 2012
Formation district Gorom-Gorom	Mars – avril 2012
Formation district Dori	Février – mars 2012
Formation district Sebba	Janvier – février 2012
Formation régionale Nord	Mars – avril 2011
Formation district Ouahigouya	Février 2012
Formation district Yako	Février – mars 2012
Formation district Gourcy	Février 2012
Formation district Titao	Janvier – février 2012
Formation district Séguénéga	Février – mars 2012
Formation régionale Centre-Nord	Septembre 2011
Formation district Barsalgho	Janvier 2012
Formation district Kaya	Février – mars 2012
Formation district Kongoussi	Mars 2012
Formation district Boulsa	Mars 2012

Au moins une personne de chaque CSPS a été formée en 2008 lors de la validation du protocole national de 2007. A partir de 2010, dans le cadre d'une stratégie de passage à l'échelle, de nouvelles formations ont été réalisées avec l'appui de *Valid International* afin de renforcer la qualité de la prise en charge et actualiser des aspects du protocole vis-à-vis des recommandations internationales. Outre ces formations déjà programmées, des lacunes identifiées au niveau de la mise en œuvre de la PCIMA ont été à la base de la formation des pharmaciens qui sont en charge du suivi de la consommation et des calculs de besoins en intrants thérapeutiques. Cette formation avait pour but de prévenir les ruptures et améliorer la gestion des intrants thérapeutiques au niveau des formations sanitaires. Les pharmaciens, ont ainsi été formés par l'UNICEF et la DN en avril 2012. Cela a permis en sus de clarifier leurs rôles dans les structures et d'impliquer ce personnel dans la PCIMA.

En vue d'intégrer les secteurs Protection WASH et VIH à la réponse, des formations spécifiques ont été organisées.

- **La formation de la section Protection a porté sur le « Soutien Psychosociale aux CREN »** dans le cadre de la réponse intégrée. A cet effet, un consultant a réalisé une formation de

23 formateurs en juin 2012. Par la suite, les formateurs ont réalisé des séances formatives/informatives à plus de 1300 agents des CREN confessionnels de l'OCADES.

- **La formation « WASH in Nut »** a ciblé le personnel des DRS, ECD et des CSPS. Cette formation a été suivie par des rencontres avec les ONG partenaires en novembre 2012.
- **La formation au dépistage du VIH** fait partie de l'intégration d'un paquet d'interventions VIH à la réponse à la crise. Elle a concerné le personnel de 52 CREN de l'OCADES qui a été formé au dépistage / prévention chez les enfants malnutris admis dans leur centres.

4.3 Supervisions

En 2012, l'UNICEF a initié et financé des missions conjointes d'opérationnalisation et de suivi du volet nutrition du plan de réponse nationale à la crise alimentaire 2012, Ces missions conjointes placées sous le leadership de la DN avaient les objectifs suivants :

- orienter les intervenants (DRS, DS et ONG/OBCE) pour une opérationnalisation du volet nutrition du plan de réponse nationale ;
- faire le point sur la PEC de la malnutrition à l'échelle DS et au niveau régional ;
- échanger sur un mécanisme de rapportage des données nutritionnelles dans le contexte de la crise alimentaire ; et
- échanger sur le mécanisme de gestion de stocks des intrants de la PEC de la malnutrition dans le contexte de la crise alimentaire.

Trois missions furent ainsi organisées par la DN en collaboration avec l'UNICEF et les PTF et conduites en mai, juillet et novembre 2012. Les résultats, du moins ceux de la première mission, furent partagés lors de la Session du Conseil National de Concertation en Nutrition qui s'est tenue en mai 2012.

Au-delà de leur participation à ces missions, les membres de l'équipe de la Section Nutrition de l'UNICEF n'avaient pas un calendrier formel de supervisions. L'UNICEF a plutôt opté pour un appui financier aux ONG afin que celles-ci mènent des activités de supervisions de la PCIMA, ainsi qu'au MS au niveau des régions et des districts afin de renforcer la capacité des ECD pour les supervisions.

Cette absence de supervisions « indépendantes » a été mal perçue par certains des acteurs, qui ont mentionné la faible capacité de l'agence à ce sujet. La délégation aux ONG du « contrôle » des ressources semble un système peu transparent qui manque de redevabilité vis-à-vis de l'utilisation des moyens employés par l'agence (intrants, financement des projets) pour assurer les activités sur le terrain.

4.4 Logistique et approvisionnement

Jusqu'en 2010, l'UNICEF fournissait les intrants aux ONG et au Gouvernement. Depuis 2011 les intrants ne sont livrés qu'au Gouvernement au niveau DS selon un plan de distribution validé par la DN. Le transport vers les CSPS incombe aux DS qui sont soutenus par les ONG qui prennent souvent le relais pour éviter des ruptures de stocks au niveau périphérique. Toutefois, la capacité de stockage des districts et des CSPS est variable et une mission conjointe (logistique et nutrition) a été menée en 2012 afin d'examiner la situation.

Grâce à la logistique mise en place, aucune rupture n'a pratiquement été observée au niveau des districts. Par contre, au niveau CSPS des ruptures occasionnelles ont été signalées mais elles n'ont pas présenté un problème majeur. Elles ont été globalement bien gérées par les points focaux nutrition par un système de nivellement entre les régions voisines.

Contrairement à 2011 avec des ruptures de longue durée qui ont entraîné la suspension des activités dans tous les CSPS vers la fin de l'année⁵, en 2012 il n'y a pas eu de ruptures de stock en ATPE au niveau national. La situation s'est améliorée grâce à l'anticipation des commandes et une estimation de besoins ajustée. Aussi, même quand vers le 2ème trimestre 2 688 cartons ont été bloqués (suivant les instructions du siège) car suspects de contamination bactérienne (*cronobacter sakazaii*), aucune rupture n'a été observée. Ouagadougou dispose d'un stock additionnel « tampon » destiné aux urgences qui permet de dépanner quand une situation de rupture se présente.

Contrairement aux ATPE, et selon l'avis de plusieurs partenaires (étatiques et ONG), il y a eu des ruptures de stocks de médicaments. Les quantités livrées étaient insuffisantes et parfois tous les médicaments n'étaient pas livrés.

⁵ Revue de l'état d'avancement pour le passage à l'échelle nationale : régions sanitaires du Sahel, du Nord et du Centre Nord, Burkina Faso. Valid International, mai – juin 2012

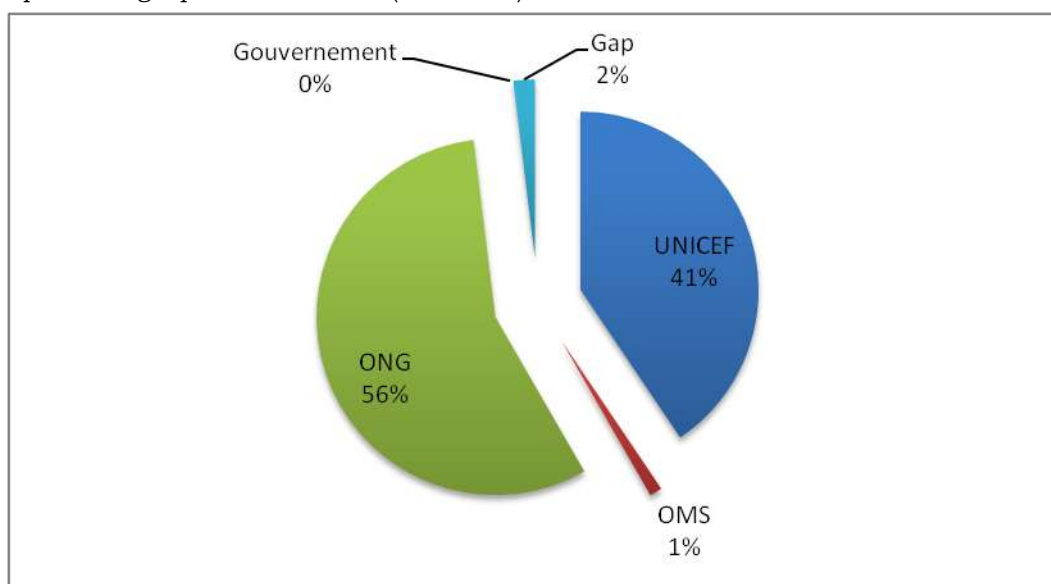
4.5 Financement

Les estimations des besoins (nombre de bénéficiaires par catégorie et budgets estimés) ainsi que les lignes budgétaires désagrégées par type d'activité (PEC MAS, PEC MAM, prévention) diffèrent selon les documents consultés. Dans le CAP 2012, les besoins pour couvrir les activités de prévention et de prise en charge de 56 000 enfants MAS dont 12 500 avec complications, et 125 350 enfants MAM étaient estimés à \$ 25 644 967. Selon le Plan de réponse à la crise alimentaire et nutritionnelle au Sahel, on estimait le nombre de bénéficiaires à 99 200 enfants MAS et 101 100 enfants MAM avec un budget total pour la nutrition (y compris la prévention) de \$ 27 696 508⁶.

Dans son analyse du financement, l'évaluation s'en tiendra aux informations recueillies auprès du Bureau de l'UNICEF au Burkina Faso, dont les financements ont été focalisés sur la PEC de la MAS.

Pour l'élaboration des budgets, le groupe de PTF Nut s'est réuni plusieurs fois début 2012 pour faire le point sur leur contribution au volet nutritionnel du plan opérationnel de soutien aux populations vulnérables aux crises alimentaires et nutritionnelles. Selon leur bilan de juin 2012, les besoins pour la PEC de la MAS étaient estimés à \$13 052 790 dont environ 40% fournis par l'UNICEF et le reste par l'ensemble des ONG, avec un Gap de \$ 259 209⁷. Selon les partenaires (ONG et parties gouvernementales) les estimations de l'UNICEF étaient très bonnes et sa capacité à mobiliser les fonds a été positivement appréciée.

Graphique 3 Budget pour la PEC MAS (avril 2012)



Quant à la PEC de la MAM les besoins étaient estimés à \$ 13 959 650 avec un Gap de \$ 4 899 016. Environ 65% de ce budget devait être fourni par le Programme Alimentaire Mondial (PAM). Le budget alloué à la prévention était le plus élevé atteignant \$ 17 381 860. Il a été entièrement couvert avec une contribution de l'UNICEF de \$ 1 110 704 soit moins de 1% du total.

⁶ Besoins en matière de PCIMA (dont \$ 6 223 032 pour la PEC MAS, et \$ 2 926 397 pour la PEC MAM) ; la prévention/Blanket Feeding (\$ 4 348 800 pour les enfants 6-23 mois et \$ 2 406 989 pour les femmes enceintes et allaitantes) ; et le paquet complémentaire (\$ 5 481 730 pour le « Paquet Intégré Hygiène, santé et communication »)

⁷ Fichier Excel fourni par le bureau de l'UNICEF-Burkina

5 RESULTATS DE LA STRATEGIE DE REPONSE EN NUTRITION

Ce chapitre examine et discute des résultats tels que définis dans la matrice d'évaluation, pour les composantes de la stratégie de réponse en nutrition qui ont reçu l'appui de l'UNICEF à savoir : 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.

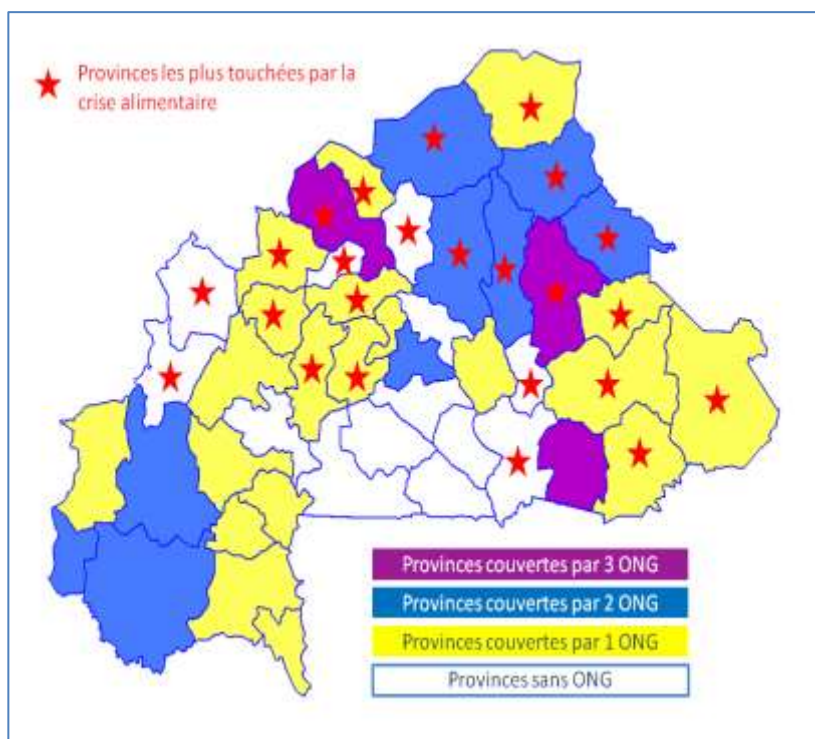
5.1.1 Modalité de mise en œuvre

Bien avant 2012, la totalité des CSPS du Burkina (1658 ou 1592 selon la source)⁸ offrait des services de PEC de la MAS sans complication ainsi que la MAM quand les ressources sont disponibles. Les structures hospitalières (CMA, CHR et CREN), au nombre de 66, prennent en charge les cas de MAS avec complications médicales.

Dans les 7 régions les plus affectées (Sahel, Nord, Est, Centre-Nord, Centre-Est, Centre-Ouest et Boucle du Mouhoun), une grande partie des districts et des formations sanitaires est appuyée par des ONG nationales ou internationales. Au Burkina, la présence des partenaires demeure un facteur multiplicateur de la performance des activités de PCIMA.

Cependant, leur répartition géographique est assez mitigée comme le montre le Graphique 4. Malgré les améliorations observées par rapport à la période de février 2012, on observe qu'en juillet certaines provinces les plus touchées par la crise étaient sans partenaire tandis que des provinces qui n'étaient pas touchées bénéficiaient de l'appui de 3 partenaires.

Graphique 4 Distribution géographique des partenaires en appui à la PCIMA en juillet 2012



5.1.2 Admissions MAS

Le nombre de cas de MAS (enfants 6-59 mois) attendus dans le plan de réponse de l'UNICEF était de 99 840⁹ (Méthodes de collecte des données). Ces estimations ont été faites à partir d'un facteur de correction de 1.3 appliqué aux résultats nationaux de prévalence de la MAS obtenus à partir de l'enquête SMART de 2011 et une couverture souhaitée de 100% des cas. En décembre 2012, 77 477

⁸ Ce chiffre varie selon la source consultée à cause, en partie, de nouvelles ouvertures de centres pendant la période 2011 – 2013. Selon une base de données fournie par l'UNICEF le pays dispose de 1592 CSPS mais le document ne précise pas à quel moment il a été préparé. Le document Excel fourni par WCARO avec le résumé des activités PCIMA de tous les pays du Sahel mentionne 1658 CSPS. Ce même chiffre est utilisé dans l'étude de couverture administrative réalisée au Burkina en 2012 (comparaison entre 2009, 2010 et 2011) et le même qui apparaît dans les SitReps.

⁹ Ce chiffre, finalement accepté par toutes les parties prenantes fut cause de longues discussions entre le bureau Dakar et le bureau pays. D'une part, des nuances conceptuelles liées à la définition de « cas traités ou en charge » versus « cas admis », et d'autre le fait que le pays ne dispose pas des données détaillées sur la taille du groupe d'âge 6-59 mois qui fut remplacé dans le calcul par le groupe 0-59 mois.

nouveaux cas avaient été admis, ce qui montre un certain décalage entre les estimations globales réalisées en début d'année et le nombre final de cas.

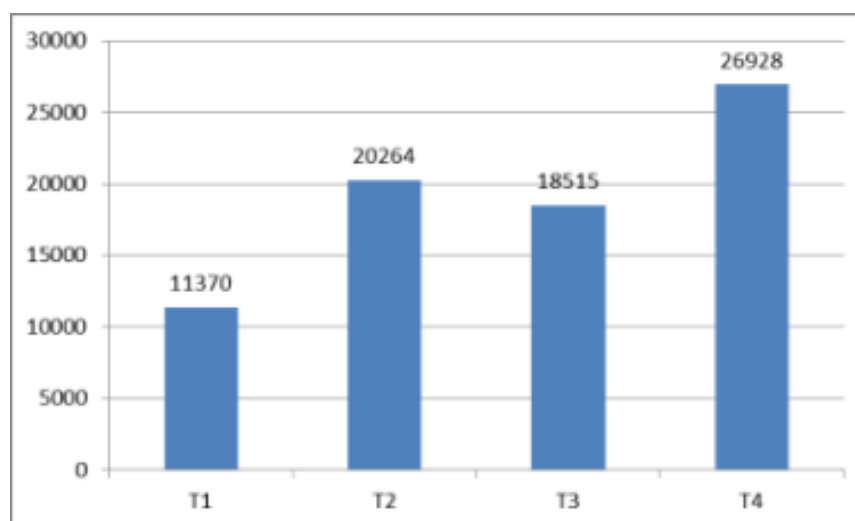
Tableau 8 Nombre de cas attendus de malnutrition aiguë en 2012 par trimestre

Période	Cas de MAS attendus	Cas de MAM attendus
Janvier - Mars 2012	14 976	63 648
Avril - Juin 2012	24 960	106 080
Juillet - Septembre 2012	24 960	106 080
Octobre - Décembre 2012	34 944	148 512
Total	99 840	424 320

Source : Plan de Réponse Intégrée UNICEF août 2012

Le Graphique 5 montre l'évolution des admissions des MAS par trimestre en 2012. On note un pic au 4^{ème} trimestre qui correspond pourtant à la période post-soudure alimentaire. Cette observation semble donc difficilement explicable par la précarité alimentaire. Le paludisme pourrait être un facteur important. En effet, au Burkina le paludisme est la première cause de consultation, d'hospitalisation et de mortalité parmi les enfants de moins de cinq ans. Plus de la moitié des cas et des décès par paludisme surviennent entre le mois d'août et de novembre (correspondant à la saison de forte transmission de la maladie). Dès mai 2012, l'OMS avait signalé un nombre de cas de paludisme très élevé dans plusieurs pays du Sahel, particulièrement au Burkina¹⁰.

Graphique 5 Nombre d'admissions MAS par trimestre (2012) ¹¹

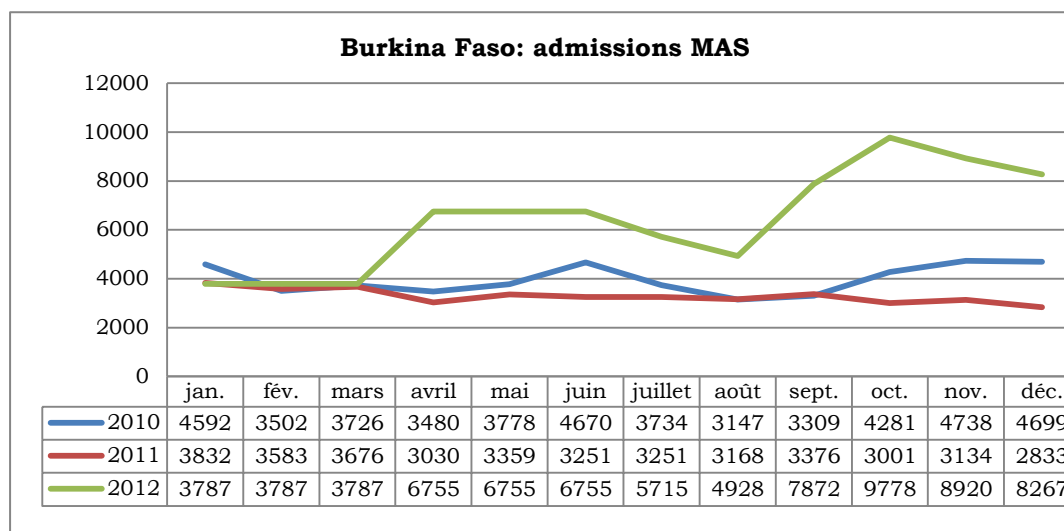


Une analyse des évolutions mensuelles des admissions MAS de 2010 à 2012 (Graphique 6) montre une augmentation des admissions durant la période de septembre à décembre 2012 avec un pic en octobre.

¹⁰ OMS (mai 2012) Health Bulletin http://www.who.int/hac/sahel_sitrep_14may2012.pdf

¹¹ Source : base de données de la DN

Graphique 6 Evolution mensuelle du nombre de cas de MAS admis en 2010 – 2011 et 2012¹²



L'augmentation générale des admissions après la déclaration de la crise et le pic observé de septembre à décembre 2012 pourrait être expliquée par différents facteurs comme :

- ❖ une meilleure couverture des districts par les partenaires : entre fin 2011 et décembre 2012, le nombre de partenaires du groupe des PTF est passé d'une vingtaine à plus de 60, avec des provinces soutenues par 3 ONG. Cette présence plus forte de partenaires sur le terrain a permis, entre autres, de renforcer le dépistage des cas (communautaire et au sein des formations sanitaires)
- ❖ une meilleure coordination entre partenaires : mis à part les acquis du groupe de coordination des PTF, les missions conjointes menées par la DN ont été un élément clé pour couvrir les gaps et améliorer la réponse sur le terrain;
- ❖ l'adoption de nouveaux critères de dépistage, référence et admission, selon les recommandations internationales, dans au moins trois régions (Sahel, Nord et Centre-Nord) suite aux formations réalisées dans le cadre de la mise en échelle de la PCIMA¹³. Le personnel de ces trois régions a été formé entre janvier et mars 2012.

Quand on examine les chiffres d'effectifs MAS attendus et le nombre final de cas traités dans chaque région (**Tableau 9**), les résultats montrent des décalages importants. Tandis que certaines régions ont largement dépassé le nombre de cas attendus (188%), d'autres n'ont même pas atteint la moitié des cas estimés (28%). Les raisons particulières pour lesquelles certaines régions présentent des différences si importantes que ce soit en positif (Nord et Sahel) ou en négatif (Centre, Boucle du Mouhoun), sont difficiles à expliquer. Une hypothèse plausible serait la variabilité en nombre de partenaires présents sur le terrain. Sachant que les activités de la PCIMA (surtout au niveau du dépistage communautaire) et de la fourniture des intrants (ATPE) restent fortement dépendantes de l'aide des PTF, on pourrait comprendre que les régions du Nord et du Sahel qui sont largement couvertes par les ONG internationales aient de meilleurs résultats que la région de la Boucle du Mouhoun où les ONG intervenant dans le domaine de la nutrition sont rares (Graphique 4).

Une autre explication plausible serait que le calcul des cas attendus n'a pas été pondéré par le niveau d'insécurité alimentaire réel dans les régions (ce qui peut être lié à la non-fiabilité des statistiques agricoles). Ainsi, une surestimation des cas attendus n'est pas à exclure dans les régions les moins touchées par la crise.

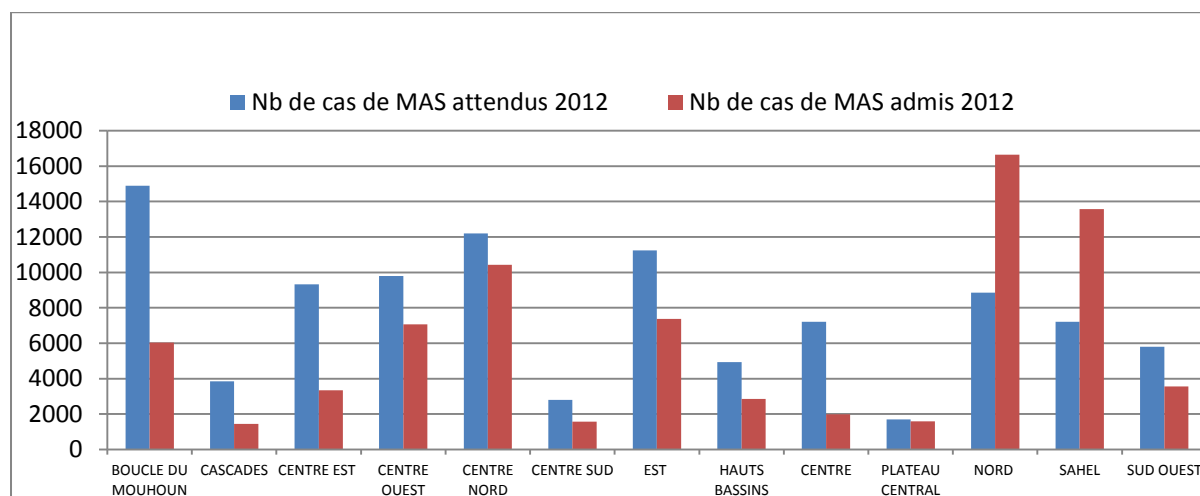
¹² Source : données disponibles au niveau du BR de l'UNICEF

¹³ Le protocole national de la PCIMA de 2007 est toujours sur les anciennes normes NCHS et % de la médiane, et ne prend pas le PB comme critère indépendant pour la prise en charge de la malnutrition aiguë. L'avancement du passage à l'échelle et les formations PCIMA facilitées par Valid International a facilité que certaines régions adoptent la version actualisée des critères d'admission

Tableau 9 Cas MAS attendus versus cas MAS admis par région au Burkina Faso en 2012

Région	Nb cas MAS attendus	Nb cas MAS admis	Pourcentage
Boucle du Mouhoun (*)	14 882	6 041	41
Cascades	3 843	1 456	38
Centre Est (*)	9 322	3 342	36
Centre Ouest (*)	9 792	7 059	72
Centre Nord (*)	12 192	10 419	85
Centre Sud	2 794	1 572	56
Est (*)	11 244	7 370	66
Hauts Bassins	4 926	2 851	58
Centre	7 213	1 998	28
Plateau Central	1 696	1 590	94
Nord (*)	8 858	16 648	188
Sahel (*)	7 203	13 565	188
Sud Ouest	5 802	3 566	61
Total	99 767	77 477	91

Graphique 7 Cas admis par rapport aux estimations par région



Par ailleurs, des études de couverture par la méthode SQUEAC (*Semi-Quantitative Evaluation of Access and Coverage*) ont été réalisées au niveau de quelques districts sanitaires soutenus par des ONG internationales. 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.

Le tableau suivant montre les résultats de celles qui étaient disponibles à l'équipe d'évaluation. Malgré quelques réserves concernant la méthodologie utilisée dans ces études, particulièrement en ce qui concerne la procédure d'extrapolations, globalement les taux de couverture sont encore insuffisants et sont, généralement, conséquence du sous-développement généralisé du volet communautaire de la PCIMA. Parmi les goulots d'étranglement identifiés par ces études il convient de signaler :

- Les distances et l'environnement géographique surtout pendant la période d'hivernage (accès physique)
- Les insuffisances par rapport à la détection (manque de dépistage systématique), la prise en charge et le suivi (absence de recherche d'absents / abandons)
- La performance et l'organisation des services de prise en charge : la surcharge de travail des agents de santé, le non-respect des critères d'admission et sortie, l'information insuffisante donnée aux mères,...

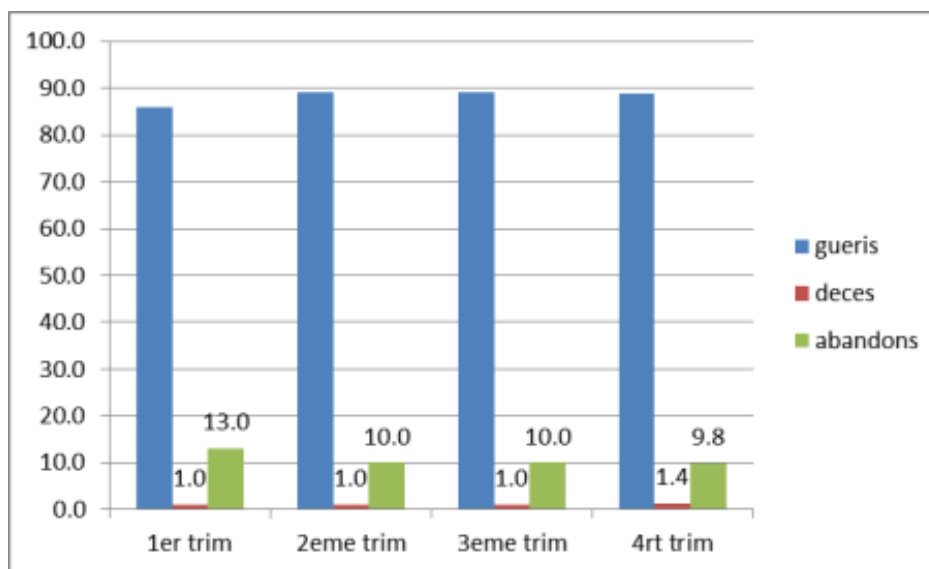
Tableau 10 Résultats d'études de couverture réalisées au Burkina Faso par la méthode SQUEAC entre 2010 et 2013

District / région	Année	Partenaire	Couverture (%)
DS Gourcy	2010	MS / UNICEF (avec Valid International)	46.8
DS Kongoussi	2010	MS / UNICEF (avec Valid International)	46.0
DS Diapaga	2010	ACF / Valid International	21.8
DS Diapaga	2011	ACF	17.6
DS Diapaga	2012	ACF	32.1
DS Kaya	2012	Save the Children	57.2
DS Fada N'Gourma	2012	MS / HKI / Valid International	19.9
DS Yako	2013	MS / HKI / ALIMA	30.8

5.1.3 Performance de la PCIMA

En 2012, les données trimestrielles de la PEC des MAS en ambulatoire montrent des taux de guérisons variant entre 86 et 89% et des taux d'abandons et de décès maximaux de 13% et 1,4% respectivement.

Graphique 8 Indicateurs de performance de PEC des MAS en ambulatoire en 2012

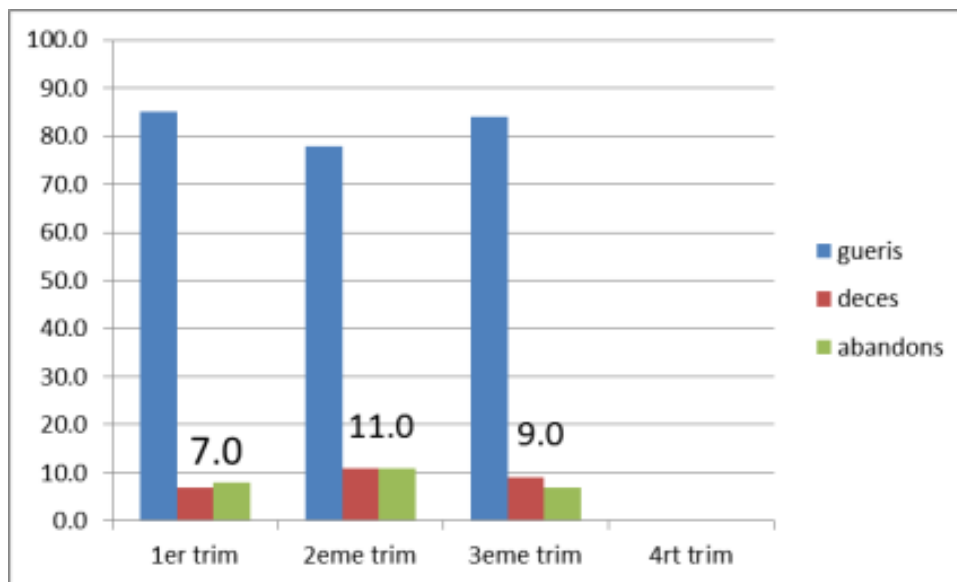


On peut donc affirmer que les performances de la PCIMA des MAS en ambulatoire respectent les normes SPHERE. Nonobstant ces bonnes performances, il convient de signaler la présence d'un certain nombre de biais dans les données disponibles :

- Si les admissions sont collectées et analysées mensuellement, les données sur les sorties ne sont analysées que trimestriellement. Aussi des changements, dans les indicateurs de performance (augmentation du taux d'abandons ou du taux de décès), peuvent échapper à l'analyse quand elle est faite sur des périodes aussi longues, et des actions correctives si nécessaires, peuvent arriver en retard.

- Le non-respect des critères de sortie et le manque de fiabilité des mesures anthropométriques remettent en question la crédibilité des indicateurs de performance des activités¹⁴.
- Les critères d'admission et sortie ne sont pas uniformes sur le pays ; toutefois la compilation ne prend pas en compte cette variabilité.

Graphique 9 Indicateurs de performance de la PEC de la MAS au niveau des CREN en 2012

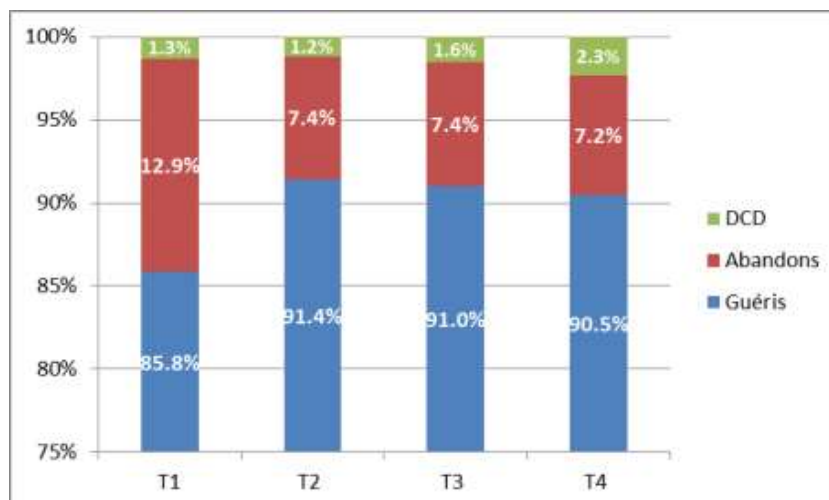


Les données disponibles pour les CREN couvrent seulement les trois premiers trimestres de l'année 2012. Tel que montré dans le Graphique 10 et tel que mentionné à plusieurs reprises par différents intervenants, la mortalité au niveau de la prise en charge hospitalière est élevée. L'insuffisance de supervision (seulement quelques ONG ont les capacités, les moyens et l'expertise pour le faire) et les défaillances chroniques du système sanitaire sont parmi les raisons citées.

La mission a pu obtenir les bases de données de la DRS du Nord et du DS de Yako lors de la visite terrain. Elles montrent des résultats de performance similaires à ceux observés sur l'ensemble du pays. A l'analyse de ces graphiques, on note une petite tendance à l'augmentation des taux de décès au 3^{ème} et au 4^{ème} trimestre. De même, on note une flambée des abandons au 3^{ème} trimestre au niveau du DS de Yako. La mission n'ayant pas pu obtenir des éléments explicatifs probants, elle émet l'hypothèse que cela pourrait s'expliquer par les activités agricoles qui caractérisent ce trimestre. On peut enfin signaler que ces données restent sujettes aux mêmes réserves émises ci-dessus sur les indicateurs à l'échelle nationale.

¹⁴ Revue de l'état d'avancement pour le passage à l'échelle nationale : régions sanitaires du Sahel, du Nord et du Centre Nord, Burkina Faso. Valid International, mai – juin 2012

Graphique 10 Performance de la PEC des MAS au DRS Nord en 2012



Graphique 11 Performance de la PEC de la MAS au DS de Yako (région du Nord) en 2012



Commentaires de l'équipe cadre du district de Yako concernant les résultats de la PCIMA

Le nombre d'admissions au quatrième trimestre a presque triplé par rapport au trimestre précédent. Cela pourrait s'expliquer par l'organisation de campagnes de dépistage actif.

Les indicateurs de performance de prise en charge de la malnutrition sont satisfaisants. Cela s'explique, entre autres, par : l'amélioration du plateau technique pour la PEC des MAS compliquées au CMA (projets Keoogo et HKI), le renforcement de la compétence des agents de santé dans la PEC d'une part et de l'adhésion de la population dans la lutte contre la maladie d'autre part.

5.1.4 Adéquation de la chaîne de la PCIMA

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

Communauté → structures PCIMA

Le dépistage au niveau communautaire est normalement réalisé par les ASC pendant des campagnes (porte-à-porte) trimestrielles ou pendant les séances de CNS communautaires. Cette activité est fortement soutenue par les ONG quand présentes. Un rapport commun est réalisé mensuellement avec les résultats du dépistage de routine, et ceux des campagnes quand il y en a.

Le critère principal pour le dépistage et le référencement est le périmètre brachial (PB) et la présence d'œdèmes. Mais le seuil du PB varie selon les régions : dans celles qui ont reçu les nouvelles

formations en PCIMA, le PB est considéré comme critère indépendant pour l'admission avec un seuil de 115 mm pour les cas sévères ; dans les autres régions (ou DS, ou formations sanitaires) qui suivent le protocole de 2007, le seuil pour la MAS est de 110 mm **avec confirmation par l'indice Poids-Taille (P-T) <70%** ou par la présence d'œdèmes pour l'admission. Les observations sur le terrain nous ont permis de constater que les deux critères peuvent coexister dans le même CSPS.

Cette situation peut avoir, par exemple, un effet néfaste sur la gestion des intrants au niveau des structures mais aussi mener à des estimations globales de besoins faussées. Sur le plan épidémiologique global, cela peut modifier l'appréciation de la situation et à des prises de décisions erronées vis-à-vis le ciblage et la définition de priorités.

Les ASC orientent tous les enfants MAS et MAM vers les CSPS. Si la PEC des MAS se passe généralement sans problème, il n'en est pas de même pour les MAM. En effet, l'approvisionnement en vivres PAM ayant connu de nombreuses ruptures en 2012, la PEC des MAM s'est limitée souvent aux conseils donnés à la mère, ce qui n'a pas manqué de créer des frustrations auprès des mères.

PEC MAS ambulatoire → PEC MAS hospitalière

Dans leur ensemble, les CREN souffrent des mêmes difficultés systémiques (manque de ressources humaines et financières), qualité limitée, barrières financières) que le reste des services hospitaliers du pays, ce qui est, selon plusieurs sources consultées, à l'origine de la mortalité excessive observée chez les malnutris hospitalisés et d'un refus assez fréquent des transferts à partir de la PEC aux CSPS. Il est vrai qu'à part la formation et recyclages périodiques, une meilleure organisation du travail au sein des CREN pourrait avoir un impact sur la qualité de la PEC et finalement sur la mortalité. Mais l'intégration des CREN dans les services de pédiatrie, qui est assurément une bonne chose en ce qui concerne la pérennité, est un handicap dans un système de soins de santé qui connaît des rotations importantes de personnel chez les infirmières et les médecins. Les supervisions formatives et l'inclusion d'un module sur la PCIMA dans les *curricula* de formation du personnel de santé pourraient amener un élément de réponse.

Plusieurs facteurs s'associent pour limiter la qualité, l'accès et l'acceptabilité de ces services. L'harmonisation des critères de transfert ou leur compréhension/application par le personnel est variable. Cela s'explique par le manque de formation ou le manque de supervision quand la structure n'est pas soutenue par un partenaire opérationnel comme c'est le cas de la plupart des CHR. L'évaluation menée par *Valid International*¹⁵ a signalé des lacunes importantes telles que des lieux inadéquats, un manque d'équipement, un personnel non formé au protocole ou la persistance de pratiques inadéquates (comme l'utilisation de biberons). Par ailleurs, les mères des enfants hospitalisés pour MAS ne sont pas prises en charge pendant qu'elles accompagnent leur enfant durant son séjour au CREN. Cela amène certaines mères à refuser le transfert vers les hôpitaux ou à abandonner avant la fin du traitement.

A l'opposé de la prise en charge ambulatoire qui est normalement gratuite sur une vaste majorité des CSPS, en l'absence de partenaire opérationnel des CREN, et c'est le cas de la plupart des CHR, le séjour hospitalier est « payant ». La gratuité étant vue par certains acteurs comme un facteur de risque vis-à-vis de la pérennisation des services.

PEC de la MAS → PEC de la MAM

Selon la lettre d'entente entre le PAM et l'UNICEF pour l'année 2012 (et qui est intervenue tardivement : août 2012), le PAM a l'entière responsabilité du soutien technique et financier pour la PEC de la MAM, notamment la formation, la PEC nutritionnelle et médicale, le suivi et la supervision (MOU août 2012). En 2011, le PAM avait fourni des vivres pour la PEC de la MAM dans trois régions. En 2012, et suite aux résultats des études de sécurité alimentaire et à la déclaration de crise par le gouvernement, il a été décidé de fournir des vivres pour la prise en charge de la MAM à tous les CSPS des sept régions les plus affectées.

La PEC est réalisée dans les formations sanitaires, directement par les agents étatiques avec ou sans le soutien de partenaires opérationnels (OBC, ONG nationale ou ONG internationale). En l'absence de partenaires, les observations réalisées pendant la visite ont permis de constater une forte appropriation de cette activité de la part des DS. Cependant, le volet médical n'est appliqué que si la structure ou le partenaire dispose de tous les médicaments pour le traitement systématique en quantité suffisante. D'autre part, en l'absence de partenaire qui puisse fournir les médicaments, le problème se pose en termes de barrière financière : la gratuité n'est pas encore généralisée pour la prise en charge de la MAM.

¹⁵ Revue de l'état d'avancement pour le passage à l'échelle nationale : régions sanitaires du Sahel, du Nord et du Centre Nord, Burkina Faso. Valid International, mai – juin 2012

En pratique, des ruptures de stock fréquentes ont fait que cette activité a été réalisée de façon irrégulière même dans les zones les plus touchées. Selon les personnes rencontrées au PAM, ces ruptures sont dues à deux causes principales, sur lesquelles l'agence s'est penchée :

- Les difficultés rencontrées avec les estimations de besoins réalisées au niveau des sites : les données sont collectées et transmises avec un délai considérable ce qui ne permet pas de livrer les commandes en temps voulu. Pour résoudre cette situation, les estimations se font actuellement à partir des données de l'avant dernier mois avec une pondération de 20%. Cette méthode, même si elle est utile en termes logistiques, semble manquer de précision et risque de faciliter la « surconsommation » des produits.
- Les difficultés liées au transport et au stockage des vivres au niveau périphérique (CSPS). A l'heure actuelle, le PAM a réussi à pré positionner des stocks au niveau des DS permettant la mobilisation des stocks vers et entre formations sanitaires.

La principale conséquence de ces ruptures est la distribution de rations incomplètes (selon le représentant d'ALIMA au DS de Yako cette situation est cause de rechutes chez les cas sortis guéris de la PEC de la MAS) et la non-prise en charge systématique des cas de MAM avec un effet pervers sur l'adhésion à la référence vers les CSPS.

5.1.5 Qualité

L'observance sur le terrain des recommandations du protocole national est variable. Du fait que ce document normatif n'a pas été actualisé comme souhaité et en temps voulu, dans la pratique on arrive à trouver plusieurs scénarios :

- des régions / DS ou partenaires qui continuent à utiliser le protocole comme validé en 2007 ;
- des régions / DS ou partenaires qui ont adopté une partie des recommandations internationales en ce qui concerne le seuil du PB pour le dépistage / référence / admission avec l'utilisation du PB à 115 mm comme critère indépendant ;
- des régions / DS ou partenaires qui, suite aux formations reçues entre 2011 et 2012 (dans le cadre du passage à l'échelle) ont adopté toutes les nouvelles normes qui seront incluses dans le nouveau protocole et travaillent en dehors du protocole de 2007.

Cependant, ces modifications ne sont pas uniformes, et on a pu observer que dans un même CSPS une partie du personnel continue à utiliser le pourcentage de la médiane comme critère d'admission et une autre partie était passée aux Z-Scores. Cette variabilité a certainement un effet sur la mesure des indicateurs d'activités, de performance et de couverture (si on utilise un système de calcul *proxym*) mais aussi pourrait éventuellement conduire à des estimations erronées des besoins.

L'évaluation faite par Valid International¹⁶ signalait que l'insuffisance de personnel et la confusion autour des outils et procédures dues au retard dans la révision du protocole étaient des facteurs ayant un impact majeur sur la qualité de la PCIMA, ainsi que les lacunes dans les activités de suivi et supervision. Le non-respect des critères de sortie et le manque de fiabilité des mesures anthropométriques remettent en question la crédibilité des indicateurs de performance des activités.

Disponibilité du protocole et des outils de gestion. En général, le protocole national de PCIMA de 2007, les fiches techniques / aide-mémoires sont disponibles dans toutes les formations sanitaires. Toutefois, on a observé un certain amalgame quand le personnel de la formation sanitaire a déjà reçu la formation avec les nouveaux standards. Les CSPS visités souffrent parfois de rupture de fiches individuelles de suivi et d'une absence/insuffisance de système de classement et d'archivage des documents.

Dotation et formation du personnel. Selon les informations collectées au niveau central et périphérique, au moins deux infirmiers ont été formés à la PCIMA par CSPS et il a été désigné un point focal nutrition/responsable de la PCIMA dans chaque CSPS. De même, tous les ASC ont été formés pour le dépistage et le référencement. Une première formation avait été donnée en 2008 suite à l'élaboration du protocole en 2007. Dans ce cas, le seuil de dépistage / référence était PB <110mm. Dans les régions où des nouvelles formations ont été réalisées en 2012, le seuil correspond à un PB <115mm.

Équipement anthropométrique. Les CSPS visités disposent le plus souvent d'une seule balance Salter fournie par l'UNICEF et une toise de fabrication locale. Il est donc loisible de conclure qu'un dysfonctionnement de la balance pourrait compromettre la PCIMA sur toute l'aire sanitaire couverte par le CSPS. Les bracelets PB, disponibles en dizaines au moins au niveau CSPS, sont fournis aux ASC.

¹⁶ Revue de l'état d'avancement pour le passage à l'échelle nationale : régions sanitaires du Sahel, du Nord et du Centre Nord, Burkina Faso. Valid International, mai – juin 2012

Intrants ATPE / Intrants médicaments systématiques. Dans la gestion des ATPE au niveau CSPS, des ruptures occasionnelles avec réponses adaptées des partenaires ont été signalées en 2012, par exemple location d'un camion par les ONG pour le transport d'ATPE. Toutes les formations sanitaires souffrent d'une absence/insuffisance de structure de stockage des intrants. De même, la logistique de transport des intrants du DS vers les CSPS reste problématique car les seuls moyens sont les motos du personnel ou l'ambulance du district, tous souvent en manque de combustible..

Si la gestion des ATPE est globalement positive, il n'en est pas de même des médicaments pour le traitement systématique des MAS où des ruptures fréquentes ont été signalées résultant principalement d'une mauvaise gestion des commandes au niveau des CSPS.

5.1.6 Conséquences fortuites

Dépendance (financière, logistique et des populations) aux interventions humanitaires. Au niveau des structures sanitaires (CSPS) le matériel d'anthropométrie et les intrants pour la PCIMA sont entièrement fournis par l'UNICEF et les autres PTF. Aussi, on peut questionner la capacité réelle du gouvernement et des communautés à travers les Comités de Gestion des Formations Sanitaires (COGES) à assurer le renouvellement du matériel et l'approvisionnement en intrants en l'absence des PTF. Cela est bien illustré par les poches de rupture en intrants liées aux déficiences dans le système de transport des DS vers les CSPS. Des entretiens avec le personnel de santé, on peut retenir qu'en l'absence des ATPE, la PCIMA serait impossible car il n'existe pratiquement aucune autre alternative.

Surcharge de travail au niveau des structures prestataires. Le personnel CSPS rencontré n'estime pas être surchargé par la PCIMA exception faite des CSPS utilisant le Registre électronique de consultations (REC). Ce dernier est un logiciel conçu par TdH pour appuyer la mise en œuvre de la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) et qui permet de constituer un dossier médical pour chaque enfant en guidant l'agent de santé pas-à-pas dans la pose du diagnostic et du traitement. Une fois le diagnostic établi, le REC identifie un traitement approprié et les médicaments qui doivent être prescrits ainsi que leurs dosages. Le REC a été sélectionné par l'Organisation Mondiale de la Santé pour figurer dans le Compendium des technologies novatrices en santé pour les milieux à faibles ressources. Dans les 75 CSPS où il est testé, il est utilisé en parallèle aux registres du système de santé et constitue donc une surcharge de travail pour le personnel de santé. Dans la majorité des CSPS visités (avec ou sans REC), la plupart du personnel affirme ne pas pouvoir finaliser les rapports mensuels à temps à cause de la charge de travail.

Les ASC par contre pensent que la charge de travail a été très importante en 2012 pour une faible motivation. Ils soutiennent devoir abandonner leur travaux agricoles (principale source de revenu) pour les campagnes de dépistage, participation à la PCIMA au CSPS etc. cette situation est exacerbée par le manque criard de moyen de déplacement. La motivation matérielle (octroi de sacs, parapluies ou autre) ou financière (remboursement des frais de transport, per diem et autre) des ASC n'ayant pas subi d'évolution particulière en 2012, il transparait dans leurs propos une certaine amertume qui est exacerbée par les dires de la population.

Extrait entretien avec les agents de santé communautaires

« En 2012, nous avons abandonné nos travaux malgré le fait que nous étions aussi touchés par la crise alimentaire pour faire les dépistages et venir au CSPS pour aider les infirmiers à partager les vivres... A part les dépistages et les formations où on nous paye, quand on vient au CSPS pour aider les infirmiers c'est du bénévolat. C'est dur mais on ne se décourage pas car c'est pour le bien de la communauté... Ce qui est énervant, c'est quand des gens au village disent que si on ne gagnait rien on allait arrêter.»

Substitution des services et institutions gouvernementaux (conflits de compétence). Le Burkina se caractérise par la souveraineté exprimée par le gouvernement (réitérée au cours des entretiens avec la DN) en matière de politique de santé et nutrition qui a évité la substitution des services et institutions du ministère de la santé. Aussi, aucun conflit de compétence n'a été signalé dans la gestion de la crise. Le personnel placé par certaines ONG comme TdH dans les DS de Séguénéga et Yako travaille avec le personnel infirmier étatique aussi bien dans la formation, le dépistage que la prise en charge des malnutris. Cette harmonie de fonctionnement est également à mettre à l'actif du groupe PTF Nutrition ayant l'UNICEF comme chef de file.

5.1.7 Perception des bénéficiaires

Causes de la malnutrition. Les populations rencontrées au cours de l'évaluation ont en général une bonne connaissance des causes et conséquences de la malnutrition. La principale cause évoquée aussi bien par les hommes que les femmes est la mauvaise alimentation. Les groupes d'hommes ont fait le lien entre la nutrition de la mère allaitante et celle de l'enfant. De même, les hommes pensent qu'une bonne alimentation est indispensable pour une bonne conduite de la grossesse. Les femmes ont été plus précises sur la question de nutrition des mères. Elles estiment avoir souffert de

malnutrition en 2012 à cause du manque de nourriture. Les pénuries alimentaires auraient ainsi affecté leur capacité à allaiter.

Les malnutritions infantiles sont bien connues de tous. Les signes de malnutrition ont été bien décrits. Les populations sont également conscientes que l'adhésion aux conseils du personnel médical peut permettre d'éviter la malnutrition. Malgré ces niveaux de connaissance, elles s'estiment incapables d'assurer une bonne alimentation à cause de la pauvreté liée à leur faible capacité de production (sols pauvres, mauvaise pluviométrie, etc.).

On peut enfin noter que les populations ont une vision plus large des questions de malnutrition. Au regard de la chronicité de l'insécurité alimentaire, elles prennent conscience des bienfaits potentiels du planning familial tout en questionnant la gestion des ressources du ménage.

Appréciation de la PCIMA en 2012. Les hommes et femmes ont une appréciation très positive de la qualité des services PCIMA au niveau communautaire par les ASC et CSPS. Ils estiment que malgré la charge de travail le personnel infirmier est très disponible et offre un service de qualité. La PEC des MAS avec les ATPE est particulièrement bien appréciée au regard de résultats obtenus. Une conséquence positive au niveau des bénéficiaires est la nouvelle perception des ATPE. Jadis considéré comme du chocolat donc utilisé comme tel, cet ATPE est de nos jours considéré par les populations rencontrées comme un aliment "miracle" pour traiter la malnutrition. Cela a favorisé sa bonne utilisation en ce sens que les mères perçoivent l'importance de ne pas le donner aux autres enfants non malnutris. De même, la régularité des approvisionnements en ATPE a favorisé l'adhésion des mères des enfants MAS au référencement au CSPS. Par contre les ruptures fréquentes des vivres PAM pour la PEC des MAM ont eu pour conséquences le découragement de certaines mères. Les mères ne faisant pas toujours la différence entre la MAS (qui est effectivement prise en charge) et la MAM, il arrive qu'elles refusent la référence au CSPS craignant de revenir sans solution concrète (les mains vides) pour prendre en charge leurs enfants. Certaines mères sont également frustrées par la non éligibilité de leur enfant à recevoir les ATPE, et assimile cela à la ségrégation. Au positif, on peut noter qu'elles souhaitent une aide pour produire des ATPE locaux à la fin des interventions.

Appréciation des interventions en 2012. Outre la PCIMA, les hommes et femmes affirment avoir bénéficié d'aide alimentaire et des ventes de céréales à des prix sociaux. Les femmes ont bénéficié de sensibilisation en matière d'ANJE sous forme de démonstrations culinaires. L'aide en matière de kit WASH est très peu connue. Seules quelques femmes affirment avoir entendu parler ou vu ces kits comme le montre les avis dans l'encadré ci-dessous.

Les avis collectés au cours des discussions sont unanimes à reconnaître que les interventions ont été salutaires pour atténuer les effets des pénuries alimentaires en 2012 mais les personnes interviewées préfèrent une aide pour améliorer leur résilience pour faire face aux crises à venir.

5.2 La prévention : Blanket Feeding

La lettre d'entente PAM/UNICEF prévoyait la collaboration des deux agences dans la promotion de l'ANJE. Parmi les activités prévues, des séances d'éducation sur l'ANJE ont été dispensées à toutes les mères d'enfants de 6-59 mois participants au programme de Blanket Feeding et/ou enrôlés dans les programmes de prise en charge MAM. Les distributions Blanket Feeding (BF) réalisées par le PAM ont en principe couvert les 142 communes rurales à risque dans les 7 régions touchées par la crise alimentaire selon le ciblage basé sur la prévalence de la MAG (> 10%) et le niveau d'insécurité alimentaire de la population.

Le nombre estimatif des enfants de 6 à 23 mois dans ces communes était d'environ 260 000. A l'exécution, le recensement des bénéficiaires s'est avéré être le double (418 000 enfants) des prévisions. Selon le PAM, ces erreurs de prévisions sont liées en grande partie à la mobilité des populations pendant la période de soudure. Il est à noter qu'aucune donnée n'a été mise à la disposition des évaluateurs sur ce sujet.

Les partenaires de mise en œuvre ont été ceux déjà présents dans les DS en appui au ministère de la santé pour des activités communautaires (dépistage entre autres). Ce fut en général les Organisations communautaires de base (OBC) qui ont déjà un système de contractualisation avec le MS.

Les produits distribués varient selon les régions, mais en majorité ce fut le PlumpySup®. A cause des sous-estimations déjà mentionnées, les bénéficiaires n'ont reçu que la moitié de la ration prévue (demi-sachet de PlumpySup par jour). Sur les régions du Sahel et du Nord les bénéficiaires ont reçu la farine Supercereal®. Les distributions mensuelles étaient prévues entre mai et septembre, mais une alerte de contamination du PlumpySup® en juin a retardé les activités qui se sont terminées en octobre.

De façon générale, les actions du PAM ont été moins soutenues que celle de l'UNICEF à cause de nombreuses ruptures de stocks, qui selon le PAM Burkina, sont explicables par divers facteurs comme l'insuffisance dans le système de rapportage et transmission des données, la non

fiabilité des rapports qui affecte le plan d'approvisionnement et les retards dans le transport par les opérateurs privés.

5.3 Paquet Complémentaire

5.3.1 Le VIH/SIDA

Au Burkina, avec une prévalence estimée du VIH de 1-1.5%¹⁷ chez les adultes (plus élevée dans les zones urbaines de Ouagadougou et Bobo Dioulasso), des extrapolations ont été faites indiquant qu'autour de 10% des enfants avec MAS admis aux CREN étaient VIH (+). Grâce à des initiatives multisectorielles soutenues par le gouvernement, il est estimé que 60% des cas reçoivent le traitement.

Dans le cadre de la réponse intégrée, l'UNICEF avait prévu dans son plan de réponse :

- La fourniture de 10 000 tests de dépistage du VIH et de 1000 tests de confirmation pour 10 000 enfants de 0 à 5 ans avec MAS
- La formation de 150 agents des CREN sur le dépistage rapide du VIH et sur la protection de l'enfant en situation d'urgence les risques (ex. de violence, d'exploitation et d'abus faits aux enfants et la prise en charge psychosociale)

L'acteur principal dans ce domaine a été l'OCADES (Caritas Burkina) qui est un vaste réseau qui couvre l'ensemble du territoire burkinabé et qui dispose de 52 CREN dans les 13 régions du pays. Dans le PCA signé avec l'UNICEF en 2012, l'OCADES s'engageait à dépister tous les enfants malnutris hospitalisés ou avec suspicion clinique d'infection VIH par moyen de :

- La formation des agents communautaires et agents de santé des CREN sur le conseil / dépistage du VIH.
- La réalisation de tests de dépistage des enfants sous la supervision/appui des agents de santé qui communiquent les résultats aux parents tuteurs au cours d'un conseil conduit par du personnel
- La référence des enfants dépistés positifs vers les services de PEC médicale et psychosociale (service de Pédiatrie du Centre Hospitalier, services de prises en charge des différents districts concernés) et transport des enfants démunis.

Malheureusement, l'équipe de l'évaluation n'a pas eu l'occasion de visiter un de ces sites ni de s'entretenir avec du personnel de l'OCADES. Mais selon l'avis de la responsable VIH/SIDA de l'UNICEF cette initiative devrait avoir un impact majeur vis-à-vis le contrôle de la transmission VIH et la récupération des enfants infectés.

5.3.2 WASH

La stratégie « WASH in Nut » visait prioritairement et à court terme de délivrer un paquet minimum « WASH » fonctionnel aux sites de prise en charge et aux couples « mère/accompagnant-enfant malnutri ». Le plan de réponse intégrée de l'UNICEF au Burkina Faso a incorporé des objectifs spécifiques pour la section WASH.

Avec un début difficile, finalement, en 2012, les réalisations WASH in Nut ont été largement en-deçà des objectifs, tel que résumé dans le tableau suivant. Non seulement les kits destinés au couple mère-enfant (bidons, seaux, savons, *Aquatabs*, bouilloires, gobelets) n'ont atteint qu'environ 9% des bénéficiaires ciblés dû à l'arrivée tardive des kits et aux dires des diverses ECD rencontrées, le contenu des kits reçus était variable. Des éléments du kit étant absents ou en quantité insuffisante, les ECD ont dû reconstituer des kits qui ne répondaient pas aux standards définis par l'UNICEF Burkina.

¹⁷ <http://www.unaids.org/es/dataanalysis/datatools/aidsinfo/>

Tableau 11 Résultats WASH in Nut

Activité	Planifiés	Réalisés	%
CSPS distribuant kits	1 658	20	1,2
Kits mère/enfant distribués	100 000	9 452	9,4

Les kits étaient livrés par l'UNICEF directement aux DRS ou aux DS, sans que, souvent, les partenaires opérationnels en soient informés. En l'absence d'instructions claires de la part de l'UNICEF et de la DN, cela a conduit les équipes cadre à procéder à un choix arbitraire des bénéficiaires (par exemple les 5 premières femmes admises un jour donné). Ceci a évidemment causé beaucoup d'interrogations et de frustration parmi les non bénéficiaires, entraînant des récriminations envers le personnel des CSPS.

Par ailleurs, certains partenaires interviewés ont été témoins de la vente des kits reçus par les mères sur le marché. Durant ses entretiens avec les ECD, l'équipe d'évaluation a noté que le volet sensibilisation/formation a été variable, certains points focaux Nutrition n'étant même pas au courant de l'initiative.

Les principales contraintes à la mise en œuvre de l'initiative WASH in Nut citées par les différentes parties prenantes rencontrées sont surtout d'ordre institutionnel. En effet, l'ancrage institutionnel et le manque de clarté quant aux responsabilités des différentes parties prenantes gouvernementales dans la mise en œuvre de l'initiative WASH in Nut a été problématique. A titre illustratif, le Ministère de l'Agriculture et de l'Hydraulique est la contrepartie nationale de la section WASH de l'UNICEF, tandis que le ministère de la santé (responsable de la coordination des activités de nutrition à travers la DN) dispose d'une division de l'Hygiène. Cela pose forcément un problème de coordination tant au sein de l'UNICEF que des partenaires. Certains acteurs n'ont pas hésité à indexer un manque de leadership de l'UNICEF en la matière.

En matière de planification, le financement a été jugé insuffisant. Cela a été exacerbé par une absence d'évaluation initiale de besoins avec les acteurs nationaux au niveau des régions et des districts, ce qui a fait que la composition des kits et les stratégies de mise en œuvre furent peu adaptées. Par exemple, certains des partenaires interviewés ont signalé que la distribution d'*Aquatabs* pour le traitement de l'eau à domicile n'est pas spécifique aux situations d'urgence et devraient être à terme achetés par les bénéficiaires.

5.3.3 Prise en charge psychosociale

Partant du précepte selon lequel l'intégration de la stimulation 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.

En réponse à cette initiative, le point focal chargé des urgences de la section Protection a organisé une réunion des partenaires pour accorder une réponse commune en janvier 2012. La priorité de la section par rapport à la réponse à une crise nutritionnelle est de renforcer la PEC psychosociale à travers des séances de conseils aux mères sur l'importance du jeu et de l'exploration comme faisant partie intégrante de la stimulation émotionnelle, physique et mentale dont l'enfant a besoin.

A cet effet, et avec l'appui financier de WCARO, un consultant a formé 23 formateurs sur le soutien psychosocial en juin 2012 au Burkina. En parallèle, la section Education organisa une formation sur la stimulation des enfants malnutris ce qui a provoqué un chevauchement des actions. Cette formation des formateurs sur le soutien psychosocial fut suivie par la formation de 1300 agents des CREN entre octobre et novembre 2012. A l'heure actuelle, seulement les 52 CREN de l'OCADES appliquent la stimulation psychosociale, même si ils manquent d'espaces adaptés et des matériels pour les jeux.

Malgré l'engagement de la section Protection, aucune autre activité n'a pu être menée principalement par manque de financement, mais aussi suite à d'autres contraintes telles que l'ancrage institutionnel. Le partenaire de la section Protection étant le Ministère de l'action sociale, son accès aux partenaires nutrition est limité faute de mécanisme de coordination intersectorielle.

Par ailleurs, la section Nutrition de l'UNICEF n'a pas perçu la pertinence d'intégrer la stimulation psychosociale de la mère et de l'enfant dans la réponse à donner à la crise, malgré que le protocole national de prise en charge traite de la question.

Face à ces diverses contraintes, la section Protection a mené des activités de plaidoyer auprès de WCARO et du Ministère de l'action sociale.

6 FACTEURS TRANSVERSAUX

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 DN, la structure centrale de gestion des questions nutritionnelles du Ministère de la Santé, est le partenaire direct des acteurs intervenant dans la nutrition. Dans la gestion de la crise, l'appui des partenaires en matière de PCIMA a été porté à travers le groupe PTF Nut. Dans la pratique, les ONG (nationales ou internationales) évitent de travailler en parallèle ou en dehors du système, grâce aux accords atteints au niveau de ce groupe. De façon globale, on peut affirmer que la réponse à la crise a eu peu d'effets négatifs sur la durabilité de la PCIMA. Au titre des acquis de la réponse à la crise, on peut noter que chaque niveau du système de santé (central, régional, district) dispose de bases de données pour le reportage mensuel et la planification. De même, la coordination et le développement des capacités est assuré par les ECD. Un système de formation en cascade pour le passage à l'échelle de la PCIMA est en place depuis 2010. La DN, avec l'appui de Valid International, y participe activement, et, même si lent (en 2012 seulement trois régions du pays ont été formées) il est très bien apprécié par les différents intervenants interviewés.

A l'image des « missions conjointes » co-coordonnées entre la DN et l'UNICEF/groupe PTF Nut, certains DRS, comme celle de la région du Nord, ont initié des "journées de partage" semestrielles entre tous les partenaires. Dans la même philosophie, des rencontres statutaires des intervenants en Nutrition sont organisées par les DRS du Centre et de l'Est.

Contrairement à un passé récent où la PCIMA était considérée comme une affaire des ONG et par conséquent un travail supplémentaire à rémunérer, elle est de nos jours perçue comme une activité intégrale des CSPS. Il est à espérer qu'un module spécifique PCIMA soit intégré dans la formation initiale du personnel médical (médecin et infirmier). Cela résorberait la question de financement des formations à la carte.

6.2 Système de collecte et gestion de l'information

Cette section examine les mécanismes de suivi et évaluation des activités de la PCIMA appliqués et/ou modifiés en 2012, et qui ont permis de documenter les progrès dans la mise en œuvre de la réponse. Le système de suivi a été évalué en termes de processus (circuit, outils, collecte, analyse et partage) et qualité (précision, fiabilité et promptitude).

Une évaluation de la mise en œuvre de la PCIMA fut réalisée en mai – juin 2012 par *Valid International*¹⁸ et sur les trois régions cibles du passage à l'échelle (Sahel, Nord et Centre Nord). Un peu avant, en 2010, le bureau régional WCARO avait réalisé une évaluation globale sur plusieurs pays de la région, dont le Burkina.

6.2.1 Le système de S&E mis en place

Circuit. Avec la volonté d'améliorer l'appropriation des activités par les structures gouvernementales, la gestion des données a été complètement transférée début 2012 au système national d'information sanitaire (SNIS). Les données sur la PCIMA sont générées au niveau CSPS/CREN, transmises aux DS et aux DRS (par radio, téléphone, SME ou en direct) et remontent jusqu'au niveau central, suivant le même circuit que le reportage de routine du système sanitaire.

Outils et collecte. En 2012, et grâce à la concertation des PTF avec la DN, les outils de collecte de données ont été harmonisés et une base de données unique a été créée à partir du mois de juin. Au niveau périphérique (CSPS et CREN), les partenaires opérationnels, quand présents, aident le personnel des formations sanitaires à remplir les rapports, et encadrent les ECD pour faire le point sur la qualité et discuter des tendances. Cependant, selon l'avis des partenaires consultés, les outils de collecte, et même les bases de données, restent à améliorer dans la forme et le contenu. Les formats utilisés se basent sur le protocole de 2007 (anciens critères), sans désagrégation par tranche d'âge et genre.

Analyse et partage. D'habitude le SNISS ne prépare que des rapports trimestriels. Seulement à partir de juin, le ministère de la santé et la DN ont accepté de compiler et partager mensuellement les informations sur les admissions. Le reportage mensuel, qui est une réussite initiée par le groupe PTF

¹⁸ Revue de l'état d'avancement pour le passage à l'échelle nationale : régions sanitaires du Sahel, du Nord et du Centre Nord, Burkina Faso. Valid International, mai – juin 2012

Nut sous le leadership du Bureau pays de l'UNICEF, était pratiqué avant la crise par certains DS et CSPS soutenus par des partenaires. A l'heure actuelle, la DN gère le partage des données avec les partenaires mensuellement pour les admissions et trimestriellement pour les sorties. Pendant les deux premiers trimestres de 2012 toutes les données (admissions et sorties) n'étaient analysées et partagées que trimestriellement. En Annexe, la lettre que le Secrétaire Général de la Santé adressée aux DS et aux DRS afin d'obtenir leur adhésion pour la transmission mensuelle des nouvelles admissions MAS et MAM à la DN à cause de la crise (Annexe 6).

6.2.2 Qualité

La qualité des données reste discutable. D'une part, les données provenant des différentes régions sont compilées sans tenir compte de la variabilité des critères d'admission et de sortie appliqués, ce qui a comme conséquence directe un manque de fiabilité des résultats obtenus. Ceci, associé à la qualité des sources (fiches de suivi, cahiers de registre) et aux lacunes déjà identifiées sur la qualité de la prise en charge (mesures anthropométriques, non-respect de critères) fait que toute interprétation doit être faite avec prudence.

Selon l'avis de la majorité des intervenants, la complétude dans la collecte des données semble satisfaisante mais la promptitude reste à améliorer.

6.3 Coordination

6.3.1 La coordination interne

Au Burkina Faso, l'UNICEF n'a pas une section Urgences mais un comité avec des représentants de chaque section. Le bureau considère que les urgences font partie de son mandat de façon transversale, et désigne un Point Focal pour la coordination avec les autres agences. La philosophie de cette approche est que tout le personnel est mobilisable pour les urgences.

S'il y a eu une bonne collaboration (intégration) entre protection-Nut-VIH pour élaborer le plan de réponse à la crise, dans sa mise en œuvre, chaque section a mené son paquet d'activités en collaboration avec ses partenaires. Une explication serait le financement à vitesse variable. Par exemple la section protection est restée pratiquement sans financement ; à ce titre la qualification anecdotique de la section protection de « couloir des misérables » évoqué au cours de la rencontre avec cette section est illustratif.

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

En novembre 2011, l'ensemble des partenaires techniques et financiers du MS s'est consolidé comme « Groupe des Partenaires Techniques et Financiers de la Sécurité Nutritionnelle » (Groupe PTF Nut). Le groupe est né de la volonté de mieux appuyer le gouvernement du Burkina Faso dans ses efforts pour atteindre les objectifs de la politique nationale de nutrition, du plan stratégique de la nutrition (PSN – 2010-2015) et du plan national de développement de la santé (PNDS - 2011-2015)¹⁹. Parmi ses objectifs spécifiques le groupe des PTF vise à l'amélioration de la coordination et la concertation entre les PTF en vue de rendre plus efficiente l'assistance au Burkina Faso dans le domaine de la sécurité nutritionnelle²⁰. Il est dans ce cadre l'organisme de coordination qui a été pris en compte dans cette évaluation.

Ce groupe, initialement formé par une vingtaine de membres, s'est agrandi à une soixantaine de membres en fin 2012 incluant : bailleurs de fonds, agences des NU, ONG nationales et internationales, OBC et instituts de recherche qui participent activement aux réunions bimensuelles et aux réunions ponctuelles pour discuter de sujets spécifiques (comme le calcul de la couverture, les plans de distribution d'intrants, etc.). Il a tenu au total 17 rencontres en 2012. Ce grand groupe se divise en quatre sous-groupes thématiques : plaidoyer, PCIMA, sécurité alimentaire et ANJE.

Le compte-rendu de chaque réunion du groupe des PTF fait le point des actions consensuelles à mener. Ce document est utilisé comme référence pour le suivi régulier de l'avancement et permet de dégager un taux de réalisation de 95% des activités.

La contrepartie gouvernementale ne participe pas au Groupe des PTF. Ce choix de la DN/MS, selon leurs avis recueillis au cours de l'entretien avec la DN *facilite l'entente, et au final c'est le gouvernement qui gère et les PTF sont en appui et se présentent avec une seule voix*. Après chaque réunion le président du Groupe fait un rapport à la DN.

¹⁹ Groupe des Partenaires Techniques et Financiers de la Sécurité Nutritionnelle au Burkina Faso, Termes de Référence, version finale du 28 novembre 2011

²⁰ Groupe des Partenaires Techniques et Financiers de la Sécurité Nutritionnelle au Burkina Faso, Termes de Référence, version finale du 28 novembre 2011

Le groupe a donc permis de canaliser la voix des partenaires, d'améliorer la relation avec la DN et clarifier le rôle des ONG comme partenaires de soutien au gouvernement. Il a également permis de canaliser les fonds supplémentaires dans une seule réponse pour renforcer le système de santé. Cette synergie d'action a facilité une vision stratégique du rôle des ONG, éviter le travail d'urgence en parallèle et le manque de vision en matière de durabilité, et, entre autres acquis, le renforcement du système de rapportage avec l'harmonisation des outils sans briser le système national.

Le groupe des PTF a aussi mis en place un instrument cartographique vivant qui permet de suivre qui fait quoi et où, et inclut aussi le budget de chaque ONG investit à la réponse (sans les frais de fonctionnement). Cet outil a permis de savoir à tout moment où on était dans les avancements.

Coordinations au niveau du Gouvernement. Un élément clé qui a facilité la coordination entre partenaires a été l'organisation des **missions conjointes**. Ces visites de terrain co-organisées par la DN, l'UNICEF et l'essentiel des partenaires ont été financées par l'UNICEF et ECHO et, selon les opinions elles ont été des occasions uniques pour le regroupement des ONG, la DN et les ECD des DS.

L'objectif général de ces missions était de *rendre opérationnel dans chaque région du Burkina le volet nutrition du plan opérationnel de soutien aux populations vulnérables à la crise alimentaire 2012.*

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 Burkina. 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 officielle a été tardive (mars 2012) mais la mise en place du groupe PTF-sécurité nutritionnelle en novembre 2011 a permis d'harmoniser l'appui à la partie gouvernementale. Ainsi, en sus des plans préparés par chaque organisation, les parties prenantes dans le domaine de la nutrition ont préparé un plan de soutien commun. Cette bonne coordination de la réponse a été saluée par tous les acteurs qui ont mentionné le rôle décisif du bureau pays de l'UNICEF. L'anticipation dans la réponse à la crise par l'UNICEF - début 2012 bien avant la déclaration de la crise l'agence a adopté une approche proactive en mettant en place un stock d'urgence doublé de commandes anticipées - a permis de disposer d'un stock initial pour démarrer la réponse, grâce à la mise à disposition de fonds de la part de certains donateurs (ECHO).

Le ciblage géographique de la réponse à la crise alimentaire et nutritionnelle a été correctement réalisé et progressivement affiné par le Gouvernement et ses partenaires à la lueur de diverses enquêtes. Le recoupement de diverses sources d'informations - sécurité alimentaire et nutrition (enquêtes SMART) - a permis d'identifier 170 communes (plus de 50 % du territoire), réparties dans 10 régions sur les 13 que compte le pays comme étant à risque d'insécurité alimentaire. Les sept régions les plus touchées par la crise alimentaire (Sahel, Nord, Est, Centre-Nord, Centre-Est, Centre-Ouest et Boucle du Mouhoun) ont ainsi été ciblées pour les interventions.

Facteurs de succès

- Le suivi des signes d'alerte a permis une bonne anticipation de la part des partenaires (y compris l'UNICEF et certains bailleurs de fonds (ECHO)), malgré la déclaration tardive de la crise de la part du gouvernement
- La bonne coordination entre PTF, initiée fin 2011, a permis d'harmoniser les interventions et améliorer la qualité de la réponse.

Bonnes pratiques

- Elaboration anticipée des plans de réponse
- Regroupement des partenaires en groupe PTF de la Sécurité Nutritionnelle

Si dans l'ensemble l'appui financier et technique de l'UNICEF à la réponse nutrition a été bien adapté aux besoins identifiés, et que le choix des domaines de soutien du bureau de l'UNICEF au Burkina ait été basé sur des constats, certaines de ces décisions méritent d'être réexaminées. Par exemple :

- Aucun personnel supplémentaire n'a été engagé par le bureau de l'UNICEF, celui-ci ayant jugé que l'équipe en place était suffisante.
- L'UNICEF a initié et financé des missions conjointes trimestrielles des membres du Groupe PTF Nutrition et de la DN « Missions conjointes d'opérationnalisation et de suivi du volet nutrition du plan de réponse nationale à la crise alimentaire 2012 ».

Bien qu'effectivement le profil et compétence du personnel de l'UNICEF soient adéquats et que les missions de supervision conjointes ont en effet permis d'orienter l'opérationnalisation du volet nutrition du plan de réponse national, ces dernières ne devraient pas supplanter des supervisions indépendantes par les membres de l'équipe de la Section Nutrition de l'UNICEF, et ce au titre de la redevabilité de l'UNICEF envers ses donateurs. Un personnel supplémentaire temporaire aurait donc été opportun.

La crise a permis une certaine accélération du renforcement des capacités en PCIMA à tous les niveaux décentralisés (régions et districts) et surtout au niveau des structures de PEC en privilégiant les régions prioritaires du Sahel, Nord et Centre Nord. Le renforcement de capacités réalisé ou financé par l'UNICEF pour les acteurs de mise en œuvre a ainsi répondu à un double besoin à savoir l'amélioration de la mise en œuvre de la PCIMA et l'intégration du paquet complémentaire, quoique à moindre échelle pour ce dernier.

Globalement, en 2012 la gestion des intrants (ATPE et médicaments du traitement systématique) et les autres aspects sous la responsabilité de l'UNICEF (commande initiale, achat, transport jusqu'au DS) ont été adéquats. Les quelques problèmes survenus au niveau périphérique (CSPS) ont été

ponctuels et principalement liés aux déficiences de gestion au niveau des DS ou des formations sanitaires et/ou leur faible capacité de stockage. Au regard de ces problèmes, l'UNICEF a rapidement réagi en soutenant une mission conjointe (logistique et nutrition) et la formation en avril 2012 des gestionnaires des dépôts pharmaceutiques responsables de la gestion des stocks, du suivi de la consommation et des commandes d'ATPE et autres intrants. L'UNICEF étant le principal/unique pourvoyeur des ATPE (planification, commande, acheminement vers DS), l'arrêt de cet appui porterait indéniablement un coup fatal à la PCIMA au Burkina. La concrétisation de projets de production locale d'ATPE (un tel projet a retenu l'attention de l'UNICEF au Burkina²¹) serait un bon gage de pérennisation à suivre de près.

Facteurs de succès

- Les missions conjointes de supervision ont permis le suivi des interventions et la prise de mesures correctives
- Renforcement des capacités pour la gestion des intrants au niveau des structures prestataires

Points à améliorer

- Les supervisions indépendantes de la part de l'UNICEF ont été insuffisantes

Bonnes pratiques

- Existence d'un stock d'urgence d'intrants thérapeutiques et les commandes anticipées

Les estimations de cas attendus réalisées n'ont pas été optimales avec des variations spatio-temporelles dans les admissions MAS - sous ou surestimations des admissions au niveau des régions et augmentation des admissions en dehors du pic saisonnier, pour diverses raisons :

- Si la réponse à la crise et la concertation entre les différents acteurs a facilité l'harmonisation des modalités d'appui au ministère de la santé pour la PCIMA, les ONG prenant un rôle d'accompagnement plutôt que de substitution, leur présence n'a pas été proportionnelle aux besoins - des régions pourtant prioritaires avec peu ou pas d'ONG.
- Quoique les activités de dépistage ont été renforcées avec le soutien des ONG, leur régularité est affectée par le nombre très élevé des services contenus dans le paquet d'activités des ASC et l'existence de systèmes différents de motivation.
- Le protocole national n'a pas été actualisé et plusieurs scénarios coexistent : régions/DS qui continuent à utiliser le protocole comme validé en 2007 ; régions/DS qui, suite aux formations reçues entre 2011 et 2012 (dans le cadre du passage à l'échelle de la PCIMA) ont adopté toutes les nouvelles normes qui seront incluses dans le nouveau protocole et travaillent en dehors du protocole de 2007 ; régions/DS et qui ont adopté une partie des recommandations internationales en ce qui concerne le seuil du PB pour le dépistage / référence / admission avec l'utilisation du PB à 115 mm comme critère indépendant ; des régions / DS ou partenaires.

Il est donc fortement recommandé d'examiner les lacunes dans l'appui des ONG, d'instaurer un système de motivation pérenne pour les ASC en consultation et avec l'implication des COGES et d'accélérer le plan de passage à l'échelle de la PCIMA par la finalisation et la mise en œuvre du nouveau protocole, à défaut organiser des formations en cascades (DRS→DS→CSPS) pour harmoniser les critères sur toute l'étendue du territoire.

Le continuum de PCIMA « communauté, ambulatoire, hôpital, MAM » a fonctionné relativement bien grâce au renforcement des capacités du personnel de santé. La PCIMA est pratiquée de façon routinière en particulier au cours des CNS dans tous les CSPS et au moins un jour est dédié à la PCIMA. Toutefois, il y a un certain nombre de défaillances comme la divergence de seuils de référencement pendant le dépistage, la qualité et l'accès aux services CREN et les problèmes importants de PEC des MAM en raison des fréquentes ruptures de stock des vivres PAM. On peut également noter que la qualité de la chaîne de la PCIMA dépend excessivement de la présence de partenaires.

Le suivi trimestriel des activités de PCIMA en ambulatoire en 2012 a montré que les performances étaient globalement en accord avec les normes SPHERE. A l'échelle nationale le taux de guérison trimestriel le plus faible était de 86%, et les taux de décès et d'abandon les plus élevés étaient respectivement de 1,4% et 13%. Si en ambulatoire les bilans sont positifs, ce n'est pas le cas au niveau des CREN où le pourcentage d'abandons et la mortalité (11%) restent préoccupants. Il existe

²¹ http://www.unicef.org/french/infobycountry/burkinafaso_69264.html

toutefois des doutes bien fondés sur la qualité des données collectées, la périodicité de l'analyse, et la confusion créée par l'utilisation de doubles critères d'admission et de sortie.

Si la mise en œuvre du plan de réponse à la crise nutritionnelle a globalement bien fonctionné, et appréciée à tous les niveaux, y compris les bénéficiaires, beaucoup de contraintes et défis restent à relever pour donner une réponse véritablement intégrée aux prochaines interventions. D'une part, le financement largement insuffisant a ralenti sinon entravé la mise en œuvre de ce paquet complémentaire. D'autre part, une contrainte majeure qui a empêché la mise en œuvre d'une réponse intégrée fut le manque de coordination entre les sections Santé/Nutrition, WASH et Protection. Il appartient au Bureau pays de mettre en œuvre un système de collaboration entre sections plus fluide à l'image des acquis du groupe PTF Nutrition formé avec des partenaires extérieurs.

Les résultats tant pour la stimulation psychosociale que pour WASH in Nut ont en effet été très limités, voire inexistant. Les quelques activités réalisées l'ont été grâce à l'appui technique ou financier du WCARO ainsi qu'à l'engagement du personnel de l'UNICEF et des partenaires opérationnels. Mais l'engagement au sein de l'UNICEF n'a pas été uniforme et l'intérêt des partenaires pas toujours évident. Par ailleurs l'ancrage de ces activités dans les politiques nationales (par exemple la stimulation psychosociale dans le protocole national) ainsi que l'ancrage institutionnel n'ont pas été pris en compte en amont, constituant ainsi un handicap majeur au lancement et à la mise en œuvre des activités. Enfin, le manque de consultation et concertation par WCARO avec les équipes au niveau du pays avant de lancer ces initiatives a certainement contribué à l'absence d'appropriation par les sections concernées au sein de l'UNICEF.

Facteurs de succès

- Dépistage actif au niveau communautaire

Points à améliorer

- L'estimation des cas attendus (surtout au niveau régional) n'a pas été optimale (fortes disparités entre les régions: surestimations des cas attendus dans certaines régions et sous-estimations dans d'autres),
- La performance de la PCIMA au niveau CREN est à améliorer
- La répartition géographique des ONG intervenant en nutrition n'est pas en ligne avec les réalités des situations nutritionnelles
- La motivation des ASC n'est pas harmonisée et insuffisante au regard des tâches qui leur incombent
- La nécessité d'harmoniser les critères d'admission et de sortie
- L'ancrage institutionnel des interventions complémentaires peut être un handicap à la mise en œuvre des interventions
- Capacités financières et humaines des différentes sections du Bureau UNICEF Burkina inégales pour mobiliser une réponse à une crise alimentaire et nutritionnelle

Bonnes pratiques

- L'intégration des partenaires plutôt que la substitution aux services et institutions du ministère de la santé

La mise en œuvre de la réponse à la crise a permis l'harmonisation des outils de collecte et d'analyse et de récupérer un circuit unique pour la transmission des données de la PCIMA, même si l'avis général est qu'ils restent à améliorer dans la forme et le contenu. La périodicité de la collecte, transmission et analyse des données reste un inconvénient : les admissions sont collectées et analysées mensuellement alors que les données sur les sorties ne sont analysées que trimestriellement. Le rapportage mensuel des données d'admission de PCIMA ayant permis des avancées notables dans le suivi-évaluation, UNICEF Burkina devrait continuer le plaidoyer auprès des partenaires nationaux et internationaux pour améliorer la qualité des données et l'institutionnalisation du reportage mensuel de données désagrégées pour les sorties.

Points à améliorer

- Données de sorties trimestrielles alors que celles des admissions sont mensuelles
- Manque d'homogénéité des données recueillies au niveau des structures à cause de la coexistence de deux protocoles, ce qui ne permet pas faire des analyses précises de la performance et même de la situation nutritionnelle
- La nécessité d'améliorer les outils de collecte des données PCIMA.

Bonnes pratiques

- Collecte mensuelle des admissions et circuit unique de collecte et transmission des données

7.2 Recommandations

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. Les recommandations communes aux trois études de cas et qui s'adressent à WCARO sont discutées dans le rapport de synthèse, notamment en ce qui concerne l'estimation des besoins et l'intégration.

Recommandations	Responsabilité (chef de file/autres partenaires)
Politiques, stratégies et plans d'action	
→ Accélérer l'élaboration / validation du nouveau protocole	Ministère de la santé (DN) / UNICEF Burkina
→ Concrétiser le statut des ASC prévu dans la politique nationale de santé communautaire à moyen terme	Ministère de la santé / groupe PTF
Mise en œuvre	
→ Dans les situations de crise, mettre en place un système de supervisions indépendantes quitte à faire appel à un personnel sous CDD.	UNICEF Burkina
→ En attendant l'élaboration/validation d'un nouveau protocole, accélérer les formations afin d'harmoniser les critères d'admissions sur toute l'étendue du territoire	DN / UNICEF
→ Renforcer les actions d'appui, formation et supervisions formatives au niveau des CREN	UNICEF, / DN / groupe PTF
→ Etablir un plan d'action annuel budgétisé commun avec des réunions mensuelles entre les Sections de Nutrition, C4D, WASH et Protection dont l'objectif serait l'intégration de ces diverses composantes à la PCIMA	UNICEF Burkina
→ Continuer le plaidoyer auprès des partenaires nationaux et internationaux l'institutionnalisation du reportage mensuel de données désagrégées pour les sorties	UNICEF Burkina

8 ANNEXES

1. Itinéraire de la mission
2. Liste des documents consultés
3. Liste des personnes rencontrées
4. Termes de référence de l'évaluation
5. Méthodologie
6. Lettre du Ministère de la santé concernant la périodicité de la collecte et transmissions des données de la PCIMA

Annexe 1 Itinéraire de la mission d'évaluation au Burkina avril 2013

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
25	26	27	28	29	30	31
			Kaya Visites de sites de PCIMA et entretiens	Kongoussi Visites de sites de PCIMA et entretiens	Arrivée MM & MS 30/03	Travail interne mission
1	2	3	4	5	6	7
(Jour férié) Travail interne mission	Entretiens	Entretiens	Entretiens	Entretiens	Travail interne mission	Départ pour Ouahigouya
8	9	10	11	12	13	14
Ouahigouya Visites de sites de PCIMA et entretiens	Séguénéga Visites de sites de PCIMA et entretiens	Yako Visites de sites de PCIMA et entretiens	Yako Visites de sites de PCIMA et entretiens (consultant national) Entretiens et préparation Restitution	Restitution	Travail interne mission	Départ pour Dakar

Annexe 2 Liste des documents consultés

A. UNICEF

UNICEF (2012) Plan de réponse intégrée Burkina Faso- Avril 2012 (Fiche Excell)

Santé & Nutrition

C4D et Communication

Nutrition

UNICEF/Valid (2012) PPT - Prise en charge Intégrée de la Malnutrition aigüe sévère (PCIMAS) au Burkina Faso - Suivi du plan de passage à l'échelle. août 2012

UNICEF (2012) PPT - Plan de passage à l'échelle de la Prise en charge intégrée de la MAS – Atelier de mars 2012

UNICEF (2012) PPT - Crise alimentaire et nutritionnelle au Burkina Faso en 2012 – La réponse de l'UNICEF (février 2012)

UNICEF (2012) PPT - Groupe des PTF en sécurité nutritionnelle : Quelles Priorités pour 2012-2013? (29 février 2012)

UNICEF (2012) PPT - Groupe des PTF en sécurité nutritionnelle Les Priorités 2012-2013 – 28 mars 2012

UNICEF (2012) Plan de passage à l'échelle de la prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë sévère au Burkina Faso (2011-2015) – février 2012

UNICEF (2012) PPT - Crise alimentaire et nutritionnelle au Burkina Faso en 2012 – La réponse intégrée du Bureau UNICEF (23 août 2012)

UNICEF (2011) PPT - Plan de réponse à la crise alimentaire au Burkina en 2012 – décembre 2011

UNICEF Plan de passage à l'échelle des interventions d'ANJE au Burkina Faso - *une plateforme pour bâtir un paquet d'interventions multisectorielles face au retard de croissance*

UNICEF (2012) Situation en 2012 de l'appui de l'UNICEF en matière d'intervention d'ANJE

UNICEF (2012) Revue du Plan Conjoint PAM/UNICEF Période : 2012 Zone d'intervention : Sahel, Nord, Centre Nord, Est, Centre Est, Centre Ouest et Boucle du Mouhoun

Protection

Présentation PowerPoint « Session rapide: Intégrer la santé mentale et le soutien psychosocial dans les programmes de Nutrition » Juillet 2012

Rapports statistiques

UNICEF Burkina Faso Situation Report (mai, juin, juillet, août et novembre 2012)

Sous-Bureaux

Base de données et présentations Power Point DS Yako/région Centre-Nord

Base de données DS Ouahigouya/région Nord

Supply Plans de distributions 2012

WASH

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

B. AUTRES SOURCES

ACF/UNICEF/WASH Cluster (2012) PPT – Stratégie WASH in Nut - Réponse Crise Nutritionnelle et Alimentaire du Sahel 2012

ACF (2012) Évaluation Semi Quantitative de l'Accessibilité et de la Couverture (SQUEAC) District sanitaire de Diapaga Province de la Tapoa Burkina Faso (mars 2012)

Banque Mondiale (2012) Fiche Pays

CNLS/IST/MS (2008) Normes et protocoles de prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH au Burkina Faso

IASC Régional/Groupe de travail régional sécurité alimentaire et nutrition (2012) Plan de réponse face à la crise alimentaire et nutritionnelle au Sahel

FAO/PAM (2012) Sécurité Alimentaire et Implications Humanitaires en Afrique de l'Ouest et au Sahel

- février 2012

- Groupe PTF Nut (2012) PPT - Le dispositif de coordination du Groupe des PTF en sécurité nutritionnelle au Burkina Faso- Août 2012
- Groupe PTF Nut (2012) Compte Rendus des Réunions
- Groupe PTF Nut (2012) Contribution des PTF au Volet Nutritionnel du Plan Opérationnel de Soutien aux Populations Vulnérables aux Crises Alimentaires et Nutritionnelles 2012 – Fichier Excell
- Groupe PTF Nut (2012) PPT - Rapport de la mission conjointe d'opérationnalisation et de suivi du volet nutrition du plan de réponse nationale a la crise alimentaire 2012 – octobre 2012
- Groupe PTF Nut (2012) PPT - Rapport de la mission conjointe d'opérationnalisation et de suivi du volet nutrition du plan de réponse nationale a la crise alimentaire 2012 – juillet 2012
- Groupe PTF Nut (2012) PPT - Rapport de la mission conjointe d'opérationnalisation et de suivi du volet nutrition du plan de réponse nationale a la crise alimentaire 2012 – mai 2012
- Groupe PTF Nut (2011) Groupe des Partenaires Techniques et Financiers de la Sécurité Nutritionnelle - Termes De Référence *Version Finale du 28 Novembre 2011*
- Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) (2011) Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDSBF-MICS IV), réalisée de mai 2010 à début janvier 2011
- Ministère de l'Agriculture et Hydraulique (2011) Plan Opérationnel de Soutien aux Populations Vulnérables aux Crises Alimentaires
- MS/DN (2012) PPT - Volet Nutrition du Plan Opérationnel de Riposte - Session du Conseil National de Concertation en Nutrition – mai 2012
- MS/DN (2012) Termes de Référence -Mission Conjointe D'opérationnalisation et de Suivi du Volet Nutrition du Plan de Réponse Nationale à la Crise Alimentaire 2012
- MS/DN (2007) Protocole National de Prise en Charge de la Malnutrition Aiguë
- MS/DN (2011) Enquête Nutritionnelle Nationale 2011
- MS/DN (2010) Enquête Nutritionnelle Nationale 2010
- MS/DN (2009) Enquête Nutritionnelle Nationale 2009
- MS (2012) Politique nationale de santé communautaire
- MS (2012) Plan d'action 2012 – Direction régionale de la santé Région Centre-Nord
- MS/DRS Centre-Nord (2012) Plan d'action du District sanitaire de Kongoussi - 2012
- MS (2011) Analyse de la santé communautaire au Burkina Faso Rapport Final
- MS (2011) Plan de Passage à l'Echelle de la Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë Sévère au Burkina Faso 2011 - 2015
- MS/CNLS-IST (2008) Normes et Protocoles de Prise en Charge Médicale des Personnes Vivant avec le VIH au Burkina Faso
- Nations Unies (2013) Burkina Faso Consolidated Appeal 2013
- Nations Unies (2013) Burkina Faso Consolidated Appeal 2012
- OCADES/UNICEF (2012) Accord de Coopération - Amélioration de la prise en charge intégrée de la malnutrition sévère dans les CREN (Octobre 2012-Septembre 2014)
- OCHA (2013) Tableau de Bord Humanitaire Burkina Faso (Extrait du document CAP Burkina Faso 2013)
- PAM (2012) Rapport d'évaluation approfondie sur la sécurité Alimentaire Des Ménages En Situation d'urgence (EFSA) dans 170 communes déclarées à risque d'insécurité alimentaire –avril 2012
- SC (2012) Prise en charge Communautaire de la Malnutrition Aiguë (PCMA) Évaluation Semi-Quantitative de l'Accessibilité et de la Couverture Région Centre Nord - Districts Sanitaires de Kaya (février –mars 2012)
- TDH (2011) Projet SMI/NUT financement base sur les résultats
- TDH (2010) Registre électronique de consultation – Conception et mise en œuvre du projet. Présentation à une rencontre des partenaires santé en Octobre 2010 à Ouagadougou
- TDH (2009) Projet d'introduction d'un outil informatisé d'aide à la consultation curative infirmière dans les formations sanitaires périphériques
- UNICEF/PAM (2012) Mémorandum d'entente – août 2012
- Valid (2013) Calendrier des formations
- Valid/UNICEF (2012) "Prise en charge Communautaire de la Malnutrition Aiguë" (PCMA) Revue de l'état d'avancement pour le passage à l'échelle nationale Régions Sanitaires du Sahel, du Nord.

Annexe 3 Liste des personnes rencontrées

Nom	Poste / Titre	Contact
OUAGADOUGOU		
UNICEF Ouagadougou		
Aboubacry TALL	Représentant	atall@unicef.org
Sylvana NZIRORERA	Représentante Adjointe	snzirorera@unicef.org
Maurice HOURS	Chef de programme Santé et Nutrition	mhours@unicef.org
Biram NDIAYE	Spécialiste Nutrition	bnaiye@unicef.org
Sylvestre TAPSOBA	Spécialiste Nutrition	stapsoba@unicef.org
Fatoumata LANKOANDE	Spécialiste Nutrition	flankoandé@unicef.org
Mauro BRERO	Nutrition officer	mbrero@unicef.org
Mireille CISSE	Spécialiste VIH/SIDA	mcisse@UNICEF.org
Denis KARAGA	Adm. Prog. Santé / Vaccination	dkaraga@UNICEF.org
Djibril CISSE	Spécialiste Nutrition	dcisse@UNICEF.org
Ruben UM BAYIHA	Chef programme WASH	bruben@UNICEF.org
Jean Paul OUEDRAOGO	Adm. Prog. WASH	jpouedraogo@UNICEF.org
Barbara JAMAR	Chef Programme Protection	bjamar@UNICEF.org
Hubert B. BAYALA	Spécialiste des Approvisionnements	bbayala@UNICEF.org
Georges KAFANDO	Education	gkafando@UNICEF.org
Pierre T. TAPSOBA	Health officer	tpilboudo@UNICEF.org
Desiré YAMEOGO	P.O. Protection	dyameogo@UNICEF.org
Robert KARGOUGOU	P.O. Nutrition	rkargougou@UNICEF.org
Françoise KARGOUGOU	Supply Assistant	fkargougou@UNICEF.org
Guy DEJANGH	M&E Spécialiste	gdejangh@UNICEF.org
PTF Ouagadougou		
Fousséni DAO	Chargé Prog. Santé enfant OMS	daof@bf.afro.who.int
Nathalie ROOS	JPO Santé Maternelle et infantile OMS	roosn@bf.afro.who.int
Olga NINON/FOFANA	Chargé Prog. PAM	Olga.Ninon@wfp.org (+226) 50 30 60 77
Laetitia Gahimbaze	Nutrition Officer PAM	laetitia.gahimbaze@wfp.org
Salamatou BA	Humanitarian affairs Officer OCHA	ba7@un.org
Eric PITOIS	ECHO	Eric.PITOIS@ec.europa.eu
ONG Ouagadougou		
Anne BICHARD	Chef Mission ACF	cdm@bf.missions-acf.org
Elise DOMINGUEZ	Resp Dép. Santé Nut ACF	cmnbf.missions-acf.org
Aboudou GUINKO	Asst. Chef Projet SMI/Nut	aguinko@gmail.com
Parfait DOUAMBA	Coordonnateur Nut Save the children	djwparfait@yahoo.fr
Regina TRAORE/KHASSANOVA	Coord. Projet PEG HKI	rkhassanova@hki.org
Moumouni KINDA	Coord. Médical Keogo/Alima	bfaso.comed@alima-ngo.org

Nom	Poste / Titre	Contact
Ousmane SAWADOGO	Coordonateur Keogo/ALIMA	keogo@yahoo.fr
Dénis K. ZONGO	Chef Projet Nut CRBF	deniszongo.crbf@yahoo.fr
Monica RINALDI/WERMI	Help	rinaldi@help-ev.de
Direction de la Nutrition Ouagadougou		
Bertine OUARO/DABIRE	Chef service DPRAS	douwrot@yahoo.fr (+226) 70 26 01 97
Posper SAWADOGO	Chef service SEN	St.prosper@yahoo.com
Estelle BAMBARA	Service SEN	estelleaissa@yahoo.fr
Dominique BAMBARA	Chef service QIA	armandguy@gmail.com (+226) 76 50 88 30
DIRECTION REGIONALE DE LA SANTE CENTRE-NORD (Kaya)		
Euphasie WETTA	DRS Centre-Nord Kaya	(+226) 70 26 15 85
Armand S. GUIGEMDE	MCD DS Kongoussi	guigemde_armand@yahoo.fr (+226) 71 48 34 73
Daniel PODA	Point Focal Nutrition DS Kongoussi	danielpoda@yahoo.fr (+226) 70 48 09 21 / 76 56 02 40
Gisèle YAMEOGO/NIKIEMA	Resp. CREN CMA DS Kongoussi	(+226) 70 79 49 42
Mamadou SEYNOU	Resp. CISSE DS Kongoussi	(+226) 70 65 87 88
Kamboulbé DAH	Resp. SIECA DS Kongoussi	(+226) 70 66 65 53
Stéphane ZAGRE	Resp. SAF DS Kongoussi	(+226) 70 34 62 36
Halidou DIESSONGO	ICP CSPP Yilou	(+226) 70 84 65 22
Tidiesa SOGLI	ICP adj. CSPP Yilou	(+226) 70 84 65 22
Rasmané SAWADOGO	ASC CSPP Yilou	(+226) 60 19 54 83
Asseta OUEDRAOGO	Volontaire CSPP Yilou	(+226) 70 84 65 22
Arouna ROUAMBA	ICP adj CSPP Sabcé	(+226) 70 84 65 18 / 70 69 08 98
Amadoum DIALLO	ASC CSPP Sabcé	(+226) 74 03 53 09
Brama DIARRA	ICP CSPP Kora	(+226) 70 55 55 88
Léa KANTIONO/SIRIMA	Resp. PCIMA CSPP Kora	(+226) 71 89 17 88
Mathieu SAWADOGO	ASC CSPP Kora	(+226) 70 99 36 00
Hamado SANA	ASC CSPP Kora	(+226) 71 45 95 37
DIRECTION REGIONALE DE LA SANTE NORD (Ouahigouya)		
Seydou M. OUEDRAOGO	DRS Nord Ouahigouya	ouedsun@yahoo.fr (+226) 70 25 29 59
Alfred S. SOLGA	PF Nutrition DRS Nord	Solga_lawak@yahoo.fr (+226) 70 44 58 24
Hamadou P. SEOGO	MCD DS Ouahigouya	seogoph@yahoo.fr (+226) 70 35 11 05
Simon Koala	CISSE DS Ouahigouya	Ksim407@yahoo.fr (+226) 70 12 22 52
François PAFADNAM	PF Nutrition DS Ouahigouya	Pafadnam_desalles@yahoo.fr (+226) 70 28 63 00
Etienne T. ZIDA	Resp. CREN CHR Ouahigouya	zidaetienne@yahoo.fr
Noel NACOULMA	MCD DS Séguénéga	nacoulnoel@yahoo.fr (+226) 77 89 89 00
Mathieu OUEDRAOGO	Resp. Groupe Spécifique DS Séguénéga	Objans73@yahoo.fr (+226) 77 89 89 08
Francis BAMOGO	Resp. CREN CMA Séguénéga	bamfrancis@yahoo.fr

Nom	Poste / Titre	Contact
		(+226) 70 64 27 75
Noëlie SONGRE	Resp. PEC MASc CMA Séguénéga	(+226) 70 95 59 41
Fabrice M. HEBIE	MCD DS Yako	fabihebie@yahoo.fr (+226) 66 83 94 64
Frédéric KAMBOU	CISSE DS Yako	Kamboufredo@yahoo.fr
Clarisse B. TOE	PF Nutrition DS Yako	(+226) 76 57 29 29
Claudette N. DAH	Pharmacien DS Yako	dnccmaria@yahoo.fr
Yvette NABI	ICP CSPS Kalsaka	(+226) 77 11 50 48
Denis KONKOBO	IDE CSPS Kalsaka	(+226) 77 11 50 48
Christine YAMEOGO	IB CSPS Kalsaka	(+226) 77 11 50 48
Halidou ZALLE	ASC CSPS Kalsaka (Ouïlao)	(+226) 75 66 19 24
Issa SAWADOGO	ASC Relais CSPS Kalsaka (Ouïlao)	7(+226) 6 96 74 38
Monique A. KANZONGO	ICP CSPS Niognongou	(+226) 70 42 47 59
Julienne P. OUEDRAOGO	AIS CSPS Niognongou	jjp_o@yahoo.fr (+226) 76 64 98 90
Sidibé-windé OUEDRAOGO	Resp. PCIMA CSPS Niognongou	(+226) 76 10 73 63
Thomas OUEDRAOGO	ICP CSPS Gomponsom	(+226) 74 14 68 29
Pascaline ZONGO/OUEDRAOGO	Resp. PCIMA CSPS Gomponsom	(+226) 70 53 13 45
Aisseta BELEM	AA CSPS Gomponsom	(+226) 78 92 86 72
ONG Région Sanitaire du Nord		
Souleymane MAIGA	Chargé Mission TdH Séguénéga	souleymanemaiga@yahoo.fr (+226) 70 40 69 51
Soungalo TRAORE	Chargé Mission TdH Séguénéga	soungalotraorey@yahoo.fr (+226) 70 75 82 12
Jérémie S. HIEN	Coord. Projet Keoogo/ALIMA	Yako.sit@alima-ngo.org
Diakiro LANKOANDE	Coord. Terrain HKI	Diakiro_lankoande@yahoo.fr
Justin S. HIEN	Agt. Suivi HKI	Justins_sie@yahoo.fr
Tangre RAMDE	Coord. Projet SEMUS	ramdetangre@yahoo.fr
Julienne ZERBO	APS TdH Séguénéga	(+226) 70 95 56 63

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; WASH²² 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)

²²WASH – 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 one 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.

Activity	Duration	Status/observations
Inception phase		
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	
Field work		
Various data collection of the evaluation including country visits and debriefing country	12 weeks	
Analysis and report writing	2 weeks	
Deliverables, end of consultation		
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 :

Etapes	Lieu	Dates
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.

Niveau	Méthodes appliquées
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 entrevues seront la principale forme de collecte de données primaires. La mission veillera à interviewer des « gestionnaires de programmes » mais pas seulement. Les interviews 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"> - 2 entretiens avec équipes-cadre de district ou région sanitaire - Documents PCIMA de deux districts 		
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"> - 10 observations de la PCIMA au niveau entre de santé ou hôpital - 10 entretiens avec personnel des sites ou avec agents de santé communautaires 		
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"> - 10 focus groups avec 10 hommes chefs de ménages - 10 focus groups avec femmes incluant des mères d'enfants de 0-5 ans. - Autres groupes si possible 		

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

Objectifs de l'évaluation et questions spécifiques			
	Questions spécifiques	Indicateurs quantitatifs et qualitatifs	Sources d'information
Objectif 1	<p>Examiner, de manière aussi systématique et objective que possible, l'efficacité, l'efficacité, 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"> • <i>Contraintes</i> • <i>Bonnes pratiques</i> • <i>Enseignements tirés</i> 		
1.1	Efficience		
1.1.1	Dans quelle mesure les moyens employés ont permis d'atteindre les résultats attendus	<ul style="list-style-type: none"> • 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 • Nombre d'admissions et % par rapport aux estimations faites à partir des enquêtes nutritionnelles nationales (par type de structure et par région administrative / géographique) 	Données quantitatives (de programme / enquêtes / SNIS) recueillies au cours de la période de référence
1.1.2	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"> • Nombre et types d'interventions appliquant des stratégies alternatives de mise en œuvre (cliniques mobiles, PEC par des agents communautaires, etc.) • Interventions intégrant de nouvelles actions visant à améliorer la récupération (par exemple soutien psychosocial pour accélérer la récupération nutritionnelle) 	<p>Entrevues</p> <p>Rapports d'activités</p> <p>Observations recueillies lors de visites de terrain</p>
1.1.3	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"> • Données utilisées pour la planification et régularité (périodicité) de leur mise à jour • Chronologie des événements et de la disponibilité de nouvelles données sur la situation (de septembre 	<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>2011 et pendant 2012) et mécanismes d'ajustement appliqués sur les éléments clés de support opérationnel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Augmentation du personnel au niveau du bureau régional et des bureaux pays et sous-bureaux (si applicable) • Revues budgétaires durant la crise 	<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 :		<p>Rapports d'activités / SitRep UNICEF</p> <p>Entrevues avec le personnel de l'UNICEF et des partenaires de mise en œuvre</p>
	Assistance technique	<p>Nombre et type d'assistance technique fournie telle que :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultants nationaux ou internationaux recrutés en temps voulu pour répondre à un besoin émergent; • Documentation élaborée avec l'appui financier et technique de l'UNICEF (manuels de mise en œuvre, etc.) en réponse à un besoin émergent; • Coûts actuels vs prévus • Coûts estimatifs de l'assistance technique vs budget exécuté 	
	Supervision	<ul style="list-style-type: none"> • 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 • Nombre annuel de visites de supervision par le personnel de l'UNICEF et type (conjointes, etc.) par rapport à celles prévues (si applicable) • Moyens (ou pas) mis à disposition par l'UNICEF pour faciliter les visites de supervision des partenaires 	
	Renforcement des capacités des partenaires locaux	<ul style="list-style-type: none"> • Lacune(s) d'ordre technique (ou autre) identifiées chez les partenaires de mise en œuvre et mesures prises pour y remédier. 	

Objectifs de l'évaluation et questions spécifiques			
	Questions spécifiques	Indicateurs quantitatifs et qualitatifs	Sources d'information
		<p>Dans l'affirmative :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre et types de sessions de formation (par type de formation : techniques ou gestion, et par groupes cibles) conduites ou financées par l'UNICEF • Nombre de personnel étatique formé à la PCIMA avec le soutien de l'UNICEF²³ 	
	<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>	<ul style="list-style-type: none"> • Quantités d'intrants alimentaires et non-alimentaires (tels que balances, ou registres achetés / livrés vs quantités planifiées) • Mécanismes d'approvisionnement mis en place (à tous les niveaux) • Fréquence et durée des ruptures des intrants alimentaires • % du budget total des intrants programmé pour la réponse nutritionnelle • Quantités (nombre ou tonnage selon le type d'intrant) et % des intrants reçus qui ont été effectivement distribués aux partenaires et bénéficiaires 	
1.2	Efficacité		
1.2.1	<p>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)</p>	<p>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)</p>	<p>Données quantitatives (de programme / enquêtes / SNIS) recueillies au cours de la période de référence</p>
1.2.2	<p>Mesure dans laquelle la réponse est ciblée aux zones géographiques / populations les</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'enquête(s) récentes de sécurité alimentaire et nutrition dans la région sahéenne du pays ayant analysé la problématique et les taux de 	<p>Rapports d'enquêtes et études réalisées pendant la période de référence</p>

²³ 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
	plus touchées, et est sensible au genre	<p>prévalence par zone géographique/régions administratives ; et/ou</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existence d'un système de surveillance alimentaire et nutritionnelle • Mesure dans laquelle le ciblage de la réponse s'est basé sur les données précitées et/ou a été guidé par la disponibilité de partenaires de mise en œuvre • Méthodes utilisées pour estimer les besoins par région • Disponibilité d'une cartographie de la réponse vs cartographie de la prévalence de la malnutrition • Disponibilité des données désagrégées par genre 	<p>Données quantitatives (de programme / enquêtes / SNIS) recueillies au cours de la période de référence</p> <p>Rapports d'activités</p> <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"> • Dépendance des populations aux interventions humanitaires • Surcharge de travail au niveau des structures prestataires • Appropriation de la part de la communauté des activités de PEC • Substitution des services et institutions gouvernementaux (conflits de compétence) • Autres aspects rapportés par les différentes parties prenantes interviewées, ou dans des rapports d'évaluations pertinentes conduites en 2012 	<p>Rapports de missions d'évaluations (UNICEF ou autres)</p> <p>Entrevues et focus groups lors de visites de terrain</p>
1.3	Qualité		
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"> • Protocole national de PCIMA disponible (finalisé et publié) et adhérent aux normes et recommandations internationales • Mécanismes de diffusion du protocole • Disponibilité du protocole au niveau des structures prestataires et autres acteurs 	<p>Analyse des protocoles nationaux de PCIMA</p> <p>Entrevues et observations lors des visites terrain</p>
1.3.2	Dans quelle mesure les prestataires (ou les partenaires opérationnels) adhèrent aux	<ul style="list-style-type: none"> • Envergure de la concertation (acteurs techniques et 	Entrevues avec différents acteurs techniques

Objectifs de l'évaluation et questions spécifiques			
	Questions spécifiques	Indicateurs quantitatifs et qualitatifs	Sources d'information
	standards nationaux et internationaux ?	<p>de mise en œuvre) lors de la préparation, la validation et la diffusion du protocole</p> <ul style="list-style-type: none"> Mécanismes de supervision de l'application du protocole Observance / respect du protocole dans les sites de PEC visités 	<p>et de mise en œuvre</p> <p>Rapports des supervisions</p> <p>Entrevus et observations lors des visites terrain</p>
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"> 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 Centres PCIMA visités par la mission qui ont reçu de l'UNICEF tous les intrants nécessaires à la mise en œuvre de la PCIMA. Nombre de sites de PEC avec au moins une personne formée à la PCIMA La distribution de tâches entre le personnel par rapport à la PCIMA claire et respectée Nombre de sites de PEC avec les équipements anthropométriques présents et en bon état Moyenne du nombre de jours en rupture de stock des ATPE pour les sites avec PEC 	<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"> Mécanismes de référence et contre-référence entre les différents niveaux sont en place et performants Des outils pour l'orientation de cas dépistés dans la communauté vers les structures sanitaires sont disponibles et utilisés Les seuils pour la référence communautaire et l'admission à la PEC sont alignés Les critères de sortie « guéri » de la PEC de la MAS et les critères d'admission aux sites MAM sont alignés Des mécanismes de traçabilité pour les références et contre - références sont en place (ex. numéro unique) 	<p>Document protocole national</p> <p>Entrevus et observations lors des visites terrain</p>
1.3.5	Comment les bénéficiaires perçoivent la	<ul style="list-style-type: none"> Pourcentage d'abandons des programmes (et 	<p>Données quantitatives des programmes</p> <p>Entrevus, focus groups et observations lors</p>

Objectifs de l'évaluation et questions spécifiques			
	Questions spécifiques	Indicateurs quantitatifs et qualitatifs	Sources d'information
	qualité des services?	<ul style="list-style-type: none"> couverture) Opinions des bénéficiaires/niveau de satisfaction 	des visites terrain
1.4	Durabilité		
1.4.1	<p>Quels sont les progrès réalisés</p> <p>a) au niveau de l'appropriation la PCIMA de la part du gouvernement</p> <p>b) dans l'intégration de la PCIMA dans le système national de soins de santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> Présence de documents de politiques et de planification opérationnelle (Plan de Développement Sanitaire / pour la Nutrition, Plan opérationnel) Contrepartie budgétaire du Gouvernement à la mise en œuvre de la PCIMA Nombre et % de structures sanitaires avec PCIMA intégrée Personnel étatique formé et % du budget alloué ?? à la gestion et à la supervision des activités de la PCIMA 	<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>
1.4.2	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"> Budget de l'état pour la nutrition : % du budget du développement de la santé alloué à la nutrition Mécanismes d'accès et mobilisation de ressources au niveau du gouvernement, du ministère de la santé pour la nutrition <p>Capacité technique :</p> <ul style="list-style-type: none"> Nombre et profil des professionnels des structures en charge de la nutrition Prise en charge par le ministère de la santé du personnel formé et actif pendant l'intervention (intégration ou contractualisation) Appropriation des interventions à tous les niveaux (national, régional, district, communautaire) Résilience intégrée au programme 	<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	<ul style="list-style-type: none"> Diversité des sources de financement Nombre et % de projets financés par l'UNICEF (ou autre partenaire technique et financier) 	<p>Documents CAP</p> <p>Documents des projets ONG (si disponibles)</p>

Objectifs de l'évaluation et questions spécifiques			
	Questions spécifiques	Indicateurs quantitatifs et qualitatifs	Sources d'information
	œuvre des interventions avec un support externe limité	<ul style="list-style-type: none"> • Contribution de l'UNICEF au budget des projets ONG pour la PCIMA • Capacité des ONG locales à accéder/mobiliser des fonds • Personnel technique des ONG (terrain, capitale, siège) 	Entrevus lors des visites terrain
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"> • 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 • 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) • Activités de formation (technique et de gestion) menées par le gouvernement pour la PCIMA 	<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
II. MECANISMES DE MISE EN ŒUVRE : SUIVI ET EVALUATION, COORDINATION et INTEGRATION			
Objectif 2	Vérifier la qualité des données et l'estimation (précision, fiabilité) utilisées dans le suivi de la performance des programmes de nutrition <i>Pour chacune des questions spécifiques suivantes, identifier et discuter :</i> <ul style="list-style-type: none"> • Contraintes • Bonnes pratiques • Enseignements tirés 		
2.1	Les systèmes de suivi et évaluation (S&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	<ul style="list-style-type: none"> • Présence de systèmes de S&E : des programmes, SNIS, surveillance nutritionnelle, systèmes d'alerte précoce • Rôle des différents intervenants et mécanismes de collaboration et coordination • Utilisation des données les plus récentes pour le réajustement des activités en cours • Existence d'un mécanisme d'analyse et d'utilisation des données pour améliorer la réponse, à tous les niveaux. • Disponibilité de données de qualité pour le suivi de la réponse à tous les niveaux 	Entrevues et documents
2.2	<p>Est-ce que les données produites par les systèmes de S&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"> • Qualité des différentes étapes des systèmes de suivi et évaluation : collecte de données, transmission, analyse et rapportage, et des outils et mécanismes en place • Complétude, fiabilité, mécanismes de vérification et de validation des données, et timing des rapports à tous les niveaux. 	<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>
Objectif 3	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 <i>Pour chacune des questions spécifiques suivantes, identifier et discuter :</i> <ul style="list-style-type: none"> • Contraintes • Bonnes pratiques • Enseignements tirés 		
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"> • Mécanismes de concertation/coordination mis en place (cluster ou autre) • Visites de terrain conjointes planifiées/effectuées 	Entretiens avec les points focaux/chefs de services (nutrition, urgences, WASH, VIH/SIDA, etc.) dans chaque bureau pays et au bureau

Objectifs de l'évaluation et questions spécifiques			
	Questions Spécifiques	Analyse / Indicateurs	Sources D'information
			<p>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"> • Calendrier de réunions de concertation/coordination établi et appliqué • Disponibilité de compte-rendu des réunions • Visites de terrain conjointes planifiées / effectuées 	<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"> • Adéquation de la concertation entre l'UNICEF et ses partenaires : approvisionnement intrants, alignement de critères admission – sortie, système de rapportage... 	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"> • Responsabilités de l'UNICEF (telles que définies dans les documents globaux de l'approche Cluster) sont comprises/appréciables par les parties prenantes/intervenants • 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 <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>
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	<p>SitRep</p> <p>Entretiens personnes clés UNICEF ; Entrevues et observations lors des visites de terrain</p>

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 aigüe globale dans votre zone d'intervention –ils aux normes sphère ?
- Existente –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 ?
- Quelles 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 envergure ?

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

Pourcentage de décès

Pourcentage d'abandons

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

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 Tous les jours

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'Évaluation 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^{er} 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 :

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

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
SECRETARIAT GÉNÉRAL



BURKINA FASO
Unité - Progrès - Justice

N° 2012 3539 M/S/SG/DGSF/DN

Ouagadougou, le 29 JUIN 2012

Objet : Mise en place d'un système de suivi rapproché de la prise en charge de la malnutrition aiguë dans le contexte de la crise alimentaire 2012

Réf. :

Le Secrétaire Général

A

Mesdames et messieurs les
Directeurs régionaux de la santé

- OUAGADOUGOU -

Suite au déficit de production céréalière enregistré pendant la campagne agricole 2011-2012, le Burkina Faso connaît actuellement une situation de crise alimentaire avec un risque élevé de dégradation de la situation nutritionnelle des enfants de moins de cinq ans.

Pour faire face à cette situation, le gouvernement s'est doté d'un plan opérationnel de soutien aux populations vulnérables à la crise alimentaire en vue d'atténuer les effets pervers de ce déficit alimentaire important et de prévenir une éventuelle crise nutritionnelle. Le volet nutritionnel du plan vise à dépister et à prendre en charge 425000 enfants atteints de malnutrition aiguë modérée et 100000 enfants sévèrement malnutris vivant dans les treize régions du Burkina Faso.

Conformément aux engagements pris, le Ministère de la santé doit fournir tous les mois jusqu'à la fin de la crise, des données sur les nouveaux cas de malnutrition aiguë modérée et sévère enregistrés et pris en charge dans les formations sanitaires.

Il vous est demandé durant la période de la crise alimentaire les actions suivantes :

1. Une transmission mensuelle des données d'admission des nouveaux cas de malnutrition aiguë modérée et sévère des districts de santé vers les directions régionales de la santé, au plus tard le cinquième jour après la fin de chaque mois.
2. Une transmission mensuelle des données d'admission des nouveaux cas de malnutrition aiguë modérée et sévère, consolidées par les directions régionales de la santé vers la direction de la nutrition au plus tard le quinzième jour après la fin de chaque mois.
3. Une transmission trimestrielle des performances de la prise en charge de la malnutrition aiguë modérée et sévère (taux de guérison, taux de décès et taux d'abandon) des régions vers la direction de la nutrition au plus tard le quinzième jour après la fin de chaque trimestre.

Les supports mensuels et trimestriels vous seront transmis par version électronique.

Je vous invite à prendre toutes les dispositions utiles pour la réalisation de la présente activité.



Dr Souleymane SANOU
Chevalier de l'ordre national