

**ÉVALUATION DE LA PRISE  
EN CHARGE  
COMMUNAUTAIRE DE LA  
MALNUTRITION AIGUË  
(PCMA)**

**ÉTUDE DE CAS DU TCHAD**

**ÉVALUATION DE LA PRISE  
EN CHARGE  
COMMUNAUTAIRE DE LA  
MALNUTRITION AIGUË  
(PCMA)**

**ÉTUDE DE CAS DU TCHAD**

**Evaluation of Community Management of Acute Malnutrition (CMAM): Chad Country Case Study.**

© United Nations Children's Fund (UNICEF), New York, 2012

United Nations Children's Fund

3 UN Plaza, New York, NY 10017

September 2012

This evaluation case study report for Chad was commissioned by the UNICEF Evaluation Office and the Chad Country Office and constitutes a part of a global evaluation of *Community Management of Acute Malnutrition (CMAM)* that examines UNICEF's CMAM programme performance in five countries. The Chad case study report was prepared by independent consultants Sheila Reed and Eric Camille Kouam, Philippe Djékaouyo Nadwai, Naiban Mingueyambaye, Jean Pierre Manssimadji, and Salomon Allaramadji.

Krishna Belbase, Senior Evaluation Officer, managed the overall process in close collaboration with Chad Country Office and Nutrition Section, Programme Division. In Chad Country Office, Roger Soudinou and Yaron Wolman were the key counterparts and Erin Boyd was the main counterpart in Nutrition Section, Programme Division, New York.

The purpose of the report is to facilitate the exchange of knowledge among UNICEF personnel and its partners. The content of this report does not necessarily reflect UNICEF's official position, policies or views.

The designations in this publication do not imply an opinion on legal status of any country or territory, or of its authorities, or the delimitation of frontiers.

For further information, please contact:

Evaluation Office

United Nations Children's Fund

Three United Nations Plaza

New York, NY 10017, United States

[evalhelp@unicef.org](mailto:evalhelp@unicef.org)

## ACKNOWLEDGEMENTS

This report was made possible thanks to the significant time, effort and contributions of many people, both inside and outside UNICEF. The evaluation team gratefully acknowledges the support of the UNICEF Country Office in Chad, including the sharing of documents and data in support of the evaluation. The managerial and technical support provided by Dr. Yaron Wolman, the Chief of UNICEF Nutrition and Health Section, and Dr. Roger Sodjinou, the Nutrition Manager of UNICEF Chad Country Office, in close collaboration with Dr. Mahamat Bechir, Nutrition Specialist, and Mr. David Rizzi, Nutrition Cluster Coordinator, was timely and valuable as this evaluation would not have been possible without their contributions. The evaluation team is grateful to Dr. Marcel Ouattara, for his overall guidance and support to the evaluation process. The UNICEF Chad field office staff, including Mr. John Ntambi, Mr. Augustin Ilunga, Dr. Bambi Lamtoun, Dr. Beninga, Mr. Jean Luboya, and Dr. Guy Yogo, helped to organize and facilitate the visits by the research team to the selected study field sites. Special recognition goes to the national evaluation reference group for providing advice and for their contributions in the triangulation of evaluation findings and conclusions.

The team wishes to note its appreciation of the many people who made time to meet with the team members during the course of the evaluation including central and local government officials, health workers and other professionals, and the many parents, children and community members who participated in the interviews, meetings and focus group discussions conducted as part of the evaluation.

We also thank staff from various UN agencies, other international organizations and local NGO staff, too numerous to acknowledge individually, who have contributed their time, information and thoughts to this evaluation.

At EO, New York, Krishna Belbase provided the overall leadership and guidance in managing the evaluation and Erin Boyd and Dolores Rio in Nutrition Section provided much needed CMAM related technical support and reviews through the evaluation process. In addition, we thank Sheila Reiss for her help in editing of the report.

# TABLE DES MATIÈRES

Résumé Exécutif .....	i
Executive Summary .....	vi
1. Introduction .....	1
1.1 Le Contexte du Tchad.....	1
1.1.1 Situation sociodémographique.....	1
1.1.2 Contexte politico-administratif et économique .....	2
1.2 Le système de santé du Tchad.....	2
1.3 Situation sanitaire et nutritionnelle .....	4
1.4 Programmes de santé ciblant les enfants au Tchad.....	5
1.4.1 La santé.....	5
1.4.2 La sécurité alimentaire .....	5
1.4.3 La nutrition .....	5
2. L'évolution de la Pcima, la Gouvernance et le Partenariat dans sa Mise En Œuvre au Tchad .....	7
2.1 Évolution de la PCIMA au Tchad .....	7
2.2 Design et stratégie de la PCIMA .....	7
2.2.1 Le volet communautaire.....	7
2.2.2 Centre Nutritionnel Ambulatoire (CNA).....	7
2.2.3 Centre Nutritionnel Supplémentaire (CNS).....	7
2.2.4 Centre Nutritionnel Thérapeutique (CNT).....	8
2.3 Gouvernance et partenariat dans la mise en œuvre du programme de PCIMA .....	8
2.3.1 La gouvernance .....	8
2.3.2 Le partenariat dans la mise en œuvre du programme.....	9
3. Méthodologie de l'Évaluation .....	11
3.1 Les objectifs de l'évaluation .....	11
3.2 Méthodologie de l'évaluation .....	11
3.2.1 Méthodes, outils et sources des données collectées .....	11
3.2.2 Échantillonnage des sites de PCIMA et mode de sélection des participants .....	12
3.3 Approche d'analyse des coûts .....	14
Terminologie et Technique d'analyse .....	15
3.4 Qualité des données collectées.....	15
3.5 Limites de l'évaluation.....	15
4. Les Résultats de la Mise En Œuvre du Programme.....	17
4.1 Le volet communautaire.....	17
4.1.1 Le dépistage.....	18
4.1.2 Référence et admission .....	18
4.1.3 Suivi à domicile .....	19
4.1.4 Sensibilisation et éducation pour la nutrition/santé.....	19
4.2 Centres Nutritionnels Ambulatoires (CNA) .....	20
4.2.1 Capacité des CNA.....	20
4.2.2 Activités dans les centres.....	21
4.2.3 Performances des CNA .....	21
4.3 Centres Nutritionnels Supplémentaires (CNS) .....	22
4.3.1 Capacité et activités des CNS.....	22
4.3.2 Performances des CNS .....	23
4.4 Centres Nutritionnels Thérapeutiques (CNT).....	23
4.4.1 Capacité des CNT en ressources humaines et équipements.....	24

4.4.3 Performances des CNT.....	26
4.5 Les ATPE : mécanismes d’approvisionnement et de transport, de stockage et de livraison .....	27
4.5.1 Mécanisme d’approvisionnement et de transport .....	27
4.5.2 Mécanisme de stockage et de livraison .....	27
4.5.3 Acceptabilité des ATPE.....	27
5. Analyse des Facteurs Transversaux du Programme.....	29
5.1 Gestion basée sur les résultats.....	29
5.1.1 Évaluation initiale et planification stratégique .....	29
5.1.2 Système d’information, de suivi et de rédaction des rapports .....	30
5.2 Intégration de la PCIMA dans le système national de santé et avec les autres politiques et programmes .....	30
5.2.1 Intégration de la PCIMA dans le système national de santé .....	30
5.2.2 Intégration de la PCIMA avec les autres politiques et programmes.....	32
5.3 Formation et développement des capacités .....	33
5.4 Le support technique et organisationnel de l’UNICEF.....	33
5.5 Équité: égalité de genre et atteinte des plus vulnérables .....	34
5.5.1 Le ciblage des régions d’intervention.....	34
5.5.2 Le ciblage des bénéficiaires.....	34
5.5.3 Le personnel impliqué dans la livraison des services.....	35
5.5.4 Le rôle des pères et des aînés du village dans la prise en charge des enfants.....	35
6. Analyse des Coûts du Programme, Options pour la Durabilité et le Passage a l’Échelle.....	37
6.1 Le coût global.....	37
6.1.1 Coût d’investissement .....	37
6.1.2 Coût de fonctionnement.....	37
6.2 Coût par bénéficiaire .....	38
6.3 Durabilité du programme et passage à l’échelle.....	38
6.3.1 Implication plus accrue du gouvernement .....	39
6.3.2 Financement à long terme du programme.....	39
6.3.3 La production locale des ATPE ou la réduction significative de leurs coûts.....	39
7. Conclusions et Recommandations .....	40
7.1 Conclusions.....	40
7.2 Recommandations .....	46
Annexe 1: Calcul du coût du personnel stable UNICEF .....	51
Annexe 2 : Estimation Coûts Indirects .....	52
Annexe 3: Personnel dans les CNA.....	53
Annexe 4: Estimation Population des onze régions en 2010 (RGPH2) .....	54
Annexe 5: Répartition du nombre d’admis dans les onze régions .....	55
Annexe 6: Dépenses en divers produits en 2010 .....	56
Annexe 7: Termes de références bureau de pays Unicef, Tchad .....	59
Annexe 8: Termes de références bureau d’évaluation, UNICEF New York.....	62
Annexe 9: Liste des documents consultés.....	68
Annexe 10 : Liste des personnes consultées .....	70

# ABRÉVIATIONS

ACF	Action Contre la Faim
ATPE	Aliment Thérapeutique Prêt à l'Emploi
ASC	Agent de Santé Communautaire
CNNTA	Centre National de Nutrition et de Technologie Alimentaire
CNA	Centre de Nutrition Ambulatoire
CNS	Centre de Nutrition Supplémentaire
CNT	Centre de Nutrition Thérapeutique
COSAN	Comités de Santé
CRF	Croix Rouge Française
CS	Centre de Santé
DAC	Development Assistance Committee
DS	District Sanitaire
DSR	Délégation Sanitaire Régionale
ECHO	European Commission for Humanitarian Aid & Civil Protection
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'Agriculture
IRC	International Rescue Committee
IMC	International Medical Corps
JNV	Journées Nationales de Vaccination
MAG	Malnutrition Aiguë Globale
MAM	Malnutrition Aiguë Modérée
MAS	Malnutrition Aiguë Sévère
MCD	Médecin Chef de District
MSF	Médecins Sans Frontières
MSP	Ministère de la Santé Publique
OCDE	Organisation for Economic Co-operation and Development
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PB	Périmètre Brachial
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
PEV	Programme Élargi de Vaccination
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PFN	Point Focal Nutrition
PCMA	Prise en Charge Communautaire de la Malnutrition Aiguë
PCIMA	Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
P/T	Poids pour Taille
RC	Relais Communautaire
RCS	Responsable du Centre de Santé
RV	Référent Village
SAASDE	Stratégie Africaine d'Accélération pour la Survie et le Développement de l'Enfant
SAPE	Supplément Alimentaire Prêt à l'Emploi
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SMART	Standardised Monitoring Assessment in Relief and Transition
UE	Union Européenne
UNHCR	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés

UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH	Virus d'Immunodéficience Humaine
WASH	Water, Sanitation and Hygiene
ZR	Zone de Responsabilité

# RÉSUMÉ EXÉCUTIF

La malnutrition infantile est une situation chronique au Tchad, particulièrement dans la bande sahélienne du pays où elle est la cause sous-jacente de plus de la moitié des décès des enfants de moins de cinq ans. L'UNICEF, en collaboration avec le Ministère de la Santé Publique (MSP), les agences des Nations Unies et les ONG, a initié le Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë (PCIMA) à grande échelle en 2009 dans la bande sahélienne en réponse à une crise nutritionnelle. Le bureau d'évaluation du siège de l'UNICEF, en collaboration avec le bureau de pays au Tchad, a entrepris cette évaluation afin d'évaluer la performance du programme de PCIMA et de documenter sur les leçons permettant de faire l'extension du programme. Cette évaluation conduite au Tchad fait partie d'une évaluation entreprise par l'UNICEF dans cinq pays, et elle contribuera à la rédaction d'un rapport de synthèse globale.

Il s'agissait d'une analyse descriptive du processus et des résultats des quatre principales composantes du programme, à savoir : (1) le volet communautaire pour le dépistage actif, la référence, le suivi et la sensibilisation communautaire ; (2) Les Centres Nutritionnels Ambulatoires (CNA) pour le traitement des enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère sans complications médicales ; (3) Les Centres Nutritionnels Supplémentaires (CNS) pour le traitement des enfants souffrant de malnutrition aiguë modérée; (4) Les Centres Nutritionnels Thérapeutiques (CNT) pour le traitement des enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère avec complications médicales. Les facteurs transversaux et les coûts du programme ont été également analysés. Les données primaires et secondaires ont été collectées à travers les entretiens individuels, les discussions de groupe, les observations directes et l'analyse des bases de données existantes. Les critères de pertinence, d'efficacité, d'efficience et de durabilité ont été appliqués à l'analyse des quatre composantes du programme, ainsi qu'aux facteurs transversaux.

## Résultats clés et conclusions

### *La pertinence du programme*

En réponse à la crise nutritionnelle permanente dans la bande sahélienne du pays, le protocole national de prise en charge de la malnutrition aiguë a été développé en 2007, puis mis à jour en Mars 2011. Ceci a permis de former des agents de santé à la prise en charge des enfants souffrant de malnutrition aiguë. L'UNICEF a appuyé techniquement les délégations sanitaires par la désignation d'un Point Focal Nutrition dans chaque région sanitaire appuyée. Une de leurs principales activités est d'assurer la mise en œuvre de la PCIMA à travers le système national de santé, en complément aux autres programmes de survie de l'enfant. Le dépistage actif et passif a permis d'identifier et de référer les enfants malnutris dans les CNT, CNA, et CNS, où ils ont été pris en charge avec les aliments thérapeutiques et les suppléments alimentaires. Dans certaines régions, le programme a permis d'améliorer la situation nutritionnelle des enfants de moins de cinq ans. Le Tchad n'a pas encore de politique nationale de nutrition qui donne une vision stratégique des priorités dans le secteur et qui définit un cadre harmonisé pour les interventions nutritionnelles. La nutrition n'est pas considérée comme une priorité par les autorités gouvernementales, et aucun budget n'est alloué par l'État à ce domaine ; par conséquent, bien que le protocole national soit disponible, il n'existe pas de guide ou de plan d'action de la mise en œuvre conjointe des différentes composantes et de leur extension dans le pays, en harmonie avec les autres programmes de survie de l'enfant. La PCIMA est donc une approche pertinente pour la prise en charge des enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère et modérée; mais son efficacité, son efficience et sa durabilité devraient être améliorées, à travers une implication plus accrue du gouvernement et l'élaboration d'un plan d'action de mise en œuvre conjointe.

### *L'efficacité, la couverture et la qualité des services*

**Volet communautaire.** Le volet communautaire est mise en œuvre par des ONG dans trois des 11 zones/régions d'actions de l'Unicef. Ces ONG sont ACF et MSF-H dans la région du Kanem, ACF dans la région du Bar El Ghazel et la CRF dans la région du Batha. Dans ces trois régions, seuls 43,5% des centres de santé sont couverts par les activités de mobilisation communautaire. Un nombre important

d'enfants n'est donc pas atteint par le programme. La couverture du volet communautaire reste à améliorer, l'objectif du protocole national étant de couvrir toutes les zones d'action du programme.

Dans les zones où la sensibilisation communautaire est faite par les ONG, la population a pris conscience des problèmes de malnutrition et des pratiques de soins néfastes aux enfants. Le dépistage actif dans les camps de réfugiés et en dehors des camps a permis d'identifier et de référer les enfants souffrant de malnutrition aiguë dans les centres de santé. La sensibilisation et le dépistage actifs sont efficaces pour l'identification et la référence des enfants malnutris. Cependant les guérisseurs traditionnels sont visités prioritairement par les parents d'enfants malnutris référés dans les centres de santé, parce qu'ils sont respectés par la population et qu'ils administrent des soins à un coût plus faible que celui des centres de santé. Ces guérisseurs traditionnels ne sont pas formés à la prise en charge de la malnutrition aiguë, ce qui limite les enfants malnutris à l'accès aux soins appropriés. L'implication des guérisseurs traditionnels dans le volet communautaire est donc primordiale pour l'identification et la prise en charge précoce des enfants malnutris dépistés dans la communauté.

D'autre part, les partenaires de mise en œuvre du programme utilisent les mêmes outils de sensibilisation pour des populations d'origines différentes (tchadienne, réfugiés soudanais et réfugiés centrafricains), ce qui ne facilite pas la transmission efficace du message à ces populations. Il est nécessaire d'adapter ces outils aux populations cibles, et de les harmoniser entre partenaires.

Le suivi à domicile des enfants admis au programme n'est pas systématique, ni continue, les contraintes identifiées pour effectuer cette activité étant entre autres l'éloignement des villages, l'absence de moyens de transports et d'incitatifs pour les relais communautaires et les référents villages, qui réclament une valorisation de leur statut.

**CNA/CNS/CNT.** La mise en œuvre du programme a permis de réhabiliter et d'équiper plusieurs centres de santé en matériels et en intrants. Il manque néanmoins d'aires de jeux et de jouets pour les activités psychomotrices des enfants admis dans les CNT. Le personnel de santé a une bonne connaissance du protocole national, malgré quelques insuffisances notées dans le respect des critères d'admission et de sortie du programme, ainsi que le système de référence et de contre-référence entre les différentes composantes. L'insuffisance de personnel spécialisé en nutrition au niveau central et dans les régions limite les activités de supervision, de collecte systématique et d'analyse des données du programme. Ces facteurs, en plus de la faible capacité des centres de santé, affectent la qualité des services et devraient être améliorés.

D'après les données disponibles, les indicateurs de performance des CNA étaient en accord avec les normes Sphère, avec 88% de guéris, 2,2% de décès et 3,1% d'abandons. Pour les CNS, ces valeurs étaient respectivement de 81,7%, 0,6% et 9,9%. Cependant le taux d'abandon des CNS est très élevé dans les régions du Batha et de l'Ouaddaï où il est de 33,4%. Quant aux CNT, le taux d'abandons pour les données disponibles (régions du Kanem et du Bar El Ghazel) était de 11,9%, avec un taux de décès de 14%, supérieur aux recommandations des normes sphères. Le taux de décès élevé était consécutif à l'arrivée tardive des enfants malnutris avec complications médicales dans les CNT, liée au fait que ceux-ci sont emmenés de préférence chez les guérisseurs traditionnels par leurs parents.

Des supervisions régulières sont nécessaires pour améliorer la qualité des services de la PCIMA au Tchad.

**Acceptabilité, approvisionnement, transport et livraison des ATPE.** Les ATPE étaient en général bien acceptés par les enfants. L'UNICEF importe les ATPE, puis assure leur transport dans les districts sanitaires. L'anticipation des commandes, le pré-positionnement des produits avant l'arrivée de la saison des pluies, et leur livraison dans les centres de santé en partenariat avec les ONG du terrain ont permis de prévenir les ruptures de stocks.

### ***Les facteurs transversaux du programme***

**L'intégration dans le système national de santé.** L'implication du MSP dans la coordination des activités au niveau central est faible, en comparaison aux délégations sanitaires qui sont plus impliquées

au niveau régional. Les activités nutritionnelles sont planifiées par l'UNICEF et les autres partenaires, avec une faible participation du MSP/CNNTA, qui devrait jouer le rôle de leader dans ce domaine.

Les activités du programme sont délivrées dans les structures de santé du MSP, mais le système d'approvisionnement, de stockage et de livraison des ATPE est parallèle à celui des médicaments essentiels. Le MSP ne compile pas les données du programme au niveau central, cette activité étant faite par l'UNICEF et les autres partenaires de mise en œuvre.

En l'absence d'un Système d'Information Nutritionnelle qui centralise toutes les données dans une base commune, il est difficile d'avoir une vue d'ensemble sur les indicateurs de performance du programme dans toutes les régions appuyées.

**L'intégration avec les autres programmes.** L'UNICEF a réalisé de manière conjointe des activités de nutrition, de santé, de communication, d'eau, d'hygiène et d'assainissement dans les centres de santé. Ce qui a permis d'intégrer la nutrition aux autres activités du centre, en particulier l'examen clinique des enfants dans les centres de santé selon l'approche de PCIME, ce qui permet d'identifier ceux qui souffrent de malnutrition aiguë. Cependant le programme de PCIMA n'a pas de liens avec celui de sécurité alimentaire, bien qu'ils aient comme cible la même communauté. Une des difficultés dans ces cas est l'utilisation de critères d'admission différents pour chacun des programmes.

**L'équité.** La bande sahélienne du Tchad est la zone du pays qui souffre le plus des aléas climatiques et de ses conséquences, telles que l'insécurité alimentaire et la malnutrition. Pour des raisons d'équité, elle constitue une priorité pour l'implémentation de la PCIMA. Cependant il faudrait conduire des enquêtes nutritionnelles dans d'autres régions du pays qui pourraient contenir des poches de malnutrition, et agir en conséquence. Par ailleurs, il faudrait améliorer la couverture des populations nomades, des populations voisines des camps de réfugiés, les déplacés internes de retour dans leurs localités d'origine et les villages éloignés ou clairsemés. Enfin, la représentativité féminine dans le personnel en charge de la mise en œuvre des activités du programme est très faible. Augmenter le nombre de femmes impliquées dans les activités communautaires pourrait améliorer l'accessibilité au programme.

### ***L'analyse des coûts***

**Coût par bénéficiaire.** Pour un enfant admis dans le programme CNT et CNA combinés en 2010, les dépenses pour la prise en charge s'élevaient à 196,6 USD, ceci quel que soit ce qu'est devenu cet enfant (guéri ou non, décédé ou perdu de vue).

**Coût total, coût d'investissement et coût de fonctionnement.** Pour l'année 2010, l'UNICEF a supporté 95% des dépenses totales du programme. Le gouvernement tchadien a contribué à hauteur 5%, et cette participation s'est faite sous la forme d'un appui indirect, notamment les ressources humaines impliquées dans la mise en œuvre du programme. Le coût d'investissement a représenté environ 4% de la charge totale et a été entièrement financé par l'UNICEF, tandis que le coût de fonctionnement supporté par l'UNICEF était à hauteur de 94% contre 6% pour l'État. L'achat, le transport et le stockage des ATPE représentaient 59,1% des dépenses de fonctionnement, soit environ 57% des dépenses totales du programme.

### ***La durabilité et le passage à l'échelle***

La délivrance des services des CNT, CNA et CNS se fait à travers les structures locales de santé, impliquant le personnel du MSP au déploiement des activités. La participation du gouvernement aux dépenses du programme est indirecte et louable, bien que la presque totalité du financement est assurée par les bailleurs. Le programme ne pourrait donc perdurer en l'absence de financement externe. Augmenter la participation du gouvernement, en plus d'assurer un financement externe permanent contribueraient à sa durabilité.

D'autre part, un bon arrimage de la PCIMA avec les autres politiques et programmes tels par exemple la lutte contre la pauvreté, la sécurité alimentaire, l'eau, l'hygiène et l'assainissement, pourrait avoir des effets durables sur la santé et le développement des enfants malnutris.

## **Recommandations**

Plus d'engagement des autorités sanitaires est nécessaire pour s'approprier le programme. Les exigences indispensables pour améliorer sa mise en œuvre et assurer sa durabilité sont entre autres le renforcement des capacités gouvernementales, une meilleure coordination entre les partenaires et une assurance du financement à long terme. Les recommandations ci-dessous aideraient à opérationnaliser ces exigences. Ces recommandations sont expliquées plus en détails au chapitre 7.

### **Politiques, Stratégie, Coordination et Plan d'action**

1. Déterminer et renforcer les liens existants entre la PCIMA et les autres programmes de survie de l'enfant actuellement mis en œuvre dans le pays. Dans cette optique, initier la rencontre entre le MSP et les différents clusters du pays au moins deux fois par an afin de faire le point sur l'intégration et l'harmonie dans la mise en œuvre des différents programmes, et élaborer une planification et des évaluations conjointes. Ceci permettra d'améliorer l'efficacité et l'efficacé du programme.
2. Élaborer une politique nationale de nutrition qui décrit la mise en œuvre du protocole national, définissant les étapes de planification, de mise en œuvre et d'évaluation des activités du programme. Diffuser un tel document auprès des acteurs de mise en œuvre et les former à son usage.
3. Élaborer un plan d'intégration de la PCIMA dans le système national de santé et de passage à l'échelle du programme dans le pays. Ce plan devrait contenir des indicateurs d'intégration qui illustrent les progrès enregistrés à chaque niveau d'implémentation du programme à travers le système national de santé.
4. Élaborer une politique de santé communautaire englobant la nutrition et les autres secteurs (comme la santé, la sécurité alimentaire, l'éducation, l'eau, l'hygiène, l'assainissement) qui définit un statut de relais communautaire dans le système de santé et qui détermine un paquet d'activités qui lui est attribué.
5. Restructurer le CNNTA en l'appuyant financièrement, matériellement et techniquement dans son rôle de leadership en matière d'interventions nutritionnelles dans le pays.
6. Développer un Système d'Information de Nutrition géré par le CNNTA, permettant de centraliser les données relatives à toutes les composantes du programme dans une base unique. Cet outil devrait être accompagné d'un format standard de rédaction des rapports de programme. Afin de faciliter cette activité, il faudrait développer un outil informatique de collecte des données simple d'utilisation, qui devrait être mis à la disposition des points focaux nutrition. Cet outil devrait être accompagné d'un format standard de rédaction des rapports afin de pallier au mode de rédaction cloisonnée des rapports, tel qu'il se fait actuellement par les différents partenaires.

### **Mise en œuvre du programme**

#### ***Volet communautaire***

7. Impliquer activement les guérisseurs traditionnels, les pères et les aînés, ainsi que les associations et groupements villageois dans le dépistage, la référence des enfants malnutris et la sensibilisation de la communauté.

#### **CNA/CNS/CNT**

8. Renforcer le mécanisme de transfert et contre-transfert existant en développant des outils simples d'utilisation qui permettent de suivre facilement les mouvements d'enfants entre les différentes composantes du programme, et s'assurer de la bonne utilisation de ces outils à travers les supervisions régulières des centres.

### **Durabilité et passage à l'échelle**

9. Faire un plaidoyer auprès du Gouvernement pour l'augmentation de sa participation aux dépenses du programme par l'octroi d'un budget à la nutrition. Plaider aussi auprès des bailleurs pour des financements à long terme permettant d'initier les activités du volet communautaire dans les régions d'action de l'UNICEF non couvertes par les ONG; d'augmenter le nombre de CNT, CNA, CNS et des équipes mobiles ; d'acheter l'achat des lits appropriés pour les CNT; de construire les aires de jeux, d'acheter et l'achat des jouets pour la stimulation psychomotrice des enfants; de financer les interventions visant à accroître la résilience des populations face aux questions de malnutrition et faisant le lien entre les activités d'urgence et de développement.
10. Veire à la réduction du coût des ATPE en conduisant une étude de faisabilité de sa production locale et appuyer le pays s'il a la capacité et qu'il manifeste l'intérêt de les produire à un coût plus bas. Négocier conjointement la baisse des prix d'ATPE auprès des fournisseurs.
11. Veire à l'introduction de nouveaux produits ayant montré leur efficacité dans la prise en charge des enfants malnutris modérés, comme le Supplementary-plumpy ou les mélanges à base d'aliments locaux, en examinant les aspects tels que les coûts et la durabilité.
12. Augmenter la couverture du programme afin de toucher les plus vulnérables, dans une perspective d'équité. De ce fait, augmenter le nombre des équipes mobiles pour améliorer l'accessibilité aux soins des populations nomades et celles des villages dispersés. Mettre aussi l'accent sur la couverture des zones du pays en dehors de la bande sahélienne qui contiennent des poches de malnutrition, ainsi que des populations autochtones des régions où se trouvent les camps de réfugiés, et les populations déplacées de retour dans leurs localités d'origine. Impliquer plus de femmes dans la mise en œuvre des activités du volet communautaire en raison de leur stabilité et de leur dévouement pour les activités de sensibilisation.

# EXECUTIVE SUMMARY

Child malnutrition is chronic in Chad, particularly in the country's Sahelian belt, where it is the underlying cause of more than a half of all deaths among the under-five age group. In response to a nutritional crisis, and in coordination with the Ministry of Public Health (MoH), UN agencies and NGOs, UNICEF initiated a large-scale Integrated Management of Acute Malnutrition<sup>1</sup> (IMAM) programme in the Sahelian belt in 2009. The UNICEF Evaluation Office, in collaboration with the Chad Country Office, conducted this evaluation in order to assess the IMAM programme's performance and to document lessons that would enable the programme to be extended. This evaluation in Chad is part of a wider evaluation undertaken by UNICEF in five countries, and will contribute to the production of a global synthesis report.

The evaluation is a descriptive analysis of the process and outcomes of the four main programme components, namely: (1) the Community Outreach for active screening, referral, monitoring and community awareness raising; (2) Outpatient Therapeutic Programmes (OTPs) for the management of children suffering from severe acute malnutrition without medical complications; (3) Supplementary Feeding Programmes (SFP) for treating children suffering from moderate acute malnutrition; and (4) Stabilisation Centres (SCs) for treating children suffering from severe acute malnutrition with medical complications. Cross-cutting issues as well as programme costs were also analysed. Primary and secondary data were collected through individual interviews, focus group discussions, direct observations and existing databases. The criteria of relevance, effectiveness, efficiency and sustainability were applied to the analysis of the four programme components, and to the cross-cutting issues.

## Key Findings and Conclusions

### *Programme Relevance and Appropriateness*

In response to the permanent nutritional crisis in the country's Sahelian belt, a national protocol for management of acute malnutrition was developed in 2007 and updated in March 2011. This has enabled health workers to be trained on management of children suffering from acute malnutrition. UNICEF has provided technical support to the MoH by appointing a Nutritional Focal Point in each supported health region. One of their main activities is to ensure that IMAM implementation is provided through the national health system alongside other child survival programmes. Active and passive screening has enabled under-nourished children to be identified and referred to the SCs; OTPs and SFPs, where they are treated with therapeutic foods and food supplements. In some regions, the programme has enabled the nutritional situation of the under-five age group to be improved. Chad does not yet have a national nutrition policy that could provide a strategic vision of sector priorities and define a harmonised framework for nutritional interventions. The government authorities do not consider nutrition as a priority and there is budget dedicated to it; consequently, although a national protocol is available, there are no guidelines or action plan either for the joint implementation of the different components or for their roll-out across the country in parallel with other child survival programmes. IMAM is then a relevant approach in Chad for addressing SAM and MAM children, but its effectiveness, efficiency and sustainability need improvement, through more involvement of the government and the determination of action plan for joint implementation.

### *Effectiveness; Coverage and Quality of Services*

**Community Component.** The community component is being implemented by NGOs in three of UNICEF's eleven regions/areas of action. These NGOs are ACF and MSF-H in Kanem region, ACF in Bar El Ghazel region and CRT in Batha region. In these three regions, only 43.5% of all health centres are covered by outreach activities. A significant number of children have thus not yet been reached by the programme. The coverage of the community component still needs to be improved, given that the goal of the national protocol is to cover all of the programme's areas of action.

---

<sup>1</sup>In Chad, Community Management of Acute Malnutrition (CMAM) is referred to as Integrated Management of Acute Malnutrition (IMAM) as articulated in the national protocol.

In the areas where community outreach is being implemented by the NGOs, the local population has been made aware of the problems of malnutrition and of the harmful treatments that are given to children. Active screening inside and outside refugee camps has enabled children suffering from acute malnutrition to be identified and referred to health centres. Awareness raising and active screening are effective in identifying and referring under-nourished children. Traditional healers are, however, the first port of call for parents of under-nourished children that are referred to health centres, because they are held in great respect by the population and they provide treatment at a lower cost than the health centres. These traditional healers have no training on the management of acute malnutrition, and this limits the children's access to appropriate care. It is therefore essential to involve traditional healers in the community component for the identification and early treatment of under-nourished children screened in the community.

In addition, the programme's implementing partners are using the same awareness raising tools for the different target groups (Chadians, refugees from Sudan and the Central African Republic), and this does not ease the effective transmission of messages to these groups. These tools need to be adapted to the target groups, and then standardised among the partners.

Household follow-up of children admitted to the programme is neither systematic nor constant as a number of constraints have been identified in this regard, including the remoteness of the villages, the lack of means of transport and the absence of incentives for the community outreach workers and village focal points, who are demanding greater respect for their status.

**CNAs/CNSs/CNTs.** Programme implementation has enabled several health centres to be renovated and equipped with materials and supplies. There is, however, a lack of play areas and toys for psychomotor activities for children admitted to the SCs. The health workers have a good understanding of the national protocol, despite some insufficiencies noted with regard to respecting programme admission and discharge criteria, and of the referral and counter-referral system between the different components. The lack of nutrition specialist staff at central level and the regions limits the implementation of supervisory activities, as well as the systematic programme data collection and analysis. These factors, linked to the low capacity of the health centres, affected the quality of the programme, and needed improvement.

According to available data, the OTP performance indicators were in line with the Sphere standards, with an 88% recovery rate, 2.2% mortality rate and 3.1% default rate. For the SFPs, these values were 81.7%, 0.6% and 9.9% respectively. The default rate for the SFPs is, however, very high, particularly in Batha and Ouaddaï regions where it reaches 33.4%. As for the CSs, according to available data (Kanem and Bar El Ghazel regions), the default rate was 11.9%, with a mortality rate of 14%, above the Sphere standard recommendations. The high mortality rate is the result of the late arrival of under-nourished children with medical complications at the SCs, linked to the fact that their parents generally take them to a traditional healer first.

More regular supervision is necessary to improve the quality of services of the programme.

**Acceptability, Supply, Transport and Delivery of the RUTFs.** The RUTFs were generally well accepted by the children. UNICEF imports the RUTFs and then transports them to the health districts. Anticipating orders, pre-positioning products prior to the arrival of the rainy season and delivering them to the health centres in partnership with NGOs in the field have prevented shortages.

### ***Cross-cutting Issues***

**Integration into the National Health System.** There is little involvement of the Ministry of Public Health in the central coordination of activities, in contrast with the greater involvement of the regional health delegations. The nutritional activities are planned by UNICEF and the other partners, with little involvement of the MoH/CNNTA (National Centre for Nutrition and Food Technology), which should play a leading role in this regard.

The programme activities are delivered in the MoH's health centres but the supply, storage and delivery system for the RUTFs runs parallel to that of the national drug delivery system. The MoH does not

compile data on the programme at central level; this activity is carried out by UNICEF and the other implementing partners.

In the absence of a Nutritional Information System that would centralise all data in a common database, it is difficult to get an overview of programme performance indicators in all supported regions.

**Integration with Other Programmes.** UNICEF has carried out joint nutrition, health, communication, water hygiene and sanitation activities in the health centres. This has enabled nutrition to be integrated into the other health centres' activities, in particular the clinical examination of children in the health centres according to the IMCI approach, which enables those suffering from acute malnutrition to be identified. However, the IMAM programme has no links with the food security programme, although they often both have the same target group. One of the difficulties in such cases is the use of different admissions criteria for each programme.

**Equity.** Chad's Sahelian belt suffers the vagaries of the climate and its consequences, such as food insecurity and malnutrition, disproportionately to other parts of the country. For equity reasons, it therefore a priority for IMAM implementation. However, nutritional surveys also need to be conducted in other regions of the country, where there may also be existing pockets of malnutrition. Moreover, the coverage of nomad groups needs to be improved, along with that of people living around the refugee camps, internally displaced people returning to their place of origin, and those living in remote or scattered villages. Finally, there is poor representation of women among the staff responsible for implementing the programme activities. Increasing the number of women involved in the community activities could improve access to the programme.

### ***Cost Analysis***

**Cost Per Beneficiary.** For a child admitted onto the combined SC and OTP in 2010, the total treatment cost was USD 196.60, regardless of the child's outcome (recovered, death or dropped out).

**Total Cost, Capital Cost and Recurrent Cost.** In 2010, UNICEF covered 95% of the total programme expenditure. The Chadian government contributed 5% in the form of indirect support, particularly in the human resources involved in programme implementation. The capital cost represented approximately 4% of the total cost and was entirely financed by UNICEF, whilst UNICEF covered 94% of the recurrent cost and the government indirectly covered 6%. The purchase, transport and storage of RUTFs accounted for 59.1% of the recurrent cost, which is approximately 57% of total programme expenditure (cost).

### ***Sustainability and Scale Up.***

SC, OTP and SFP services were provided through the local health structure, involving the deployment of the MoH staff to the activities. The government's participation in programme expenditure is indirect and commendable, although virtually all financing is provided by the donors. The programme could not continue without external funding. Increasing the government's participation, in addition to providing permanent external financing would therefore contribute to its sustainability.

In addition, good coordination of the IMAM with other policies and programmes, such as poverty reduction, food security, water, hygiene and sanitation, could have a lasting effect on the health and development of under-nourished children.

### **Key Recommendations**

More commitment is required from the health authorities to take responsibility for the programme. Government capacity building, better coordination between partners and ensuring long-term financing, among other factors, are all essential for improving programme implementation and ensuring sustainability. The following recommendations would help to operationalise these requirements. These recommendations are explained in further details in chapter 7.

## **Policies, Strategy, Coordination and Action Plan**

1. Establish and strengthen links existing between IMAM and the other child survival programmes currently being implemented in the country. In this regards, initiate meetings between the MoH and the country's different clusters at least twice a year in order to discuss about the issue of integration as well as the standardisation of programme implementation, and to produce joint programme plans and evaluations. This will enable improved programme efficiency and effectiveness.
2. Produce a national nutrition policy that operationalizes the implementation of the national protocol, defining the planning, implementation and evaluation stages of programme activities. Disseminate this document to implementing partners and train them in its use.
3. Produce a plan for integrating IMAM into the national health system and scaling up the programme in the country. This plan should contain integration indicators that illustrate the progress made at each level of programme implementation through the national health system.
4. Produce a community health policy covering nutrition and other sectors (such as health, food security, education, water, hygiene, sanitation) which defines the status of community outreach worker in the health system and establishes the package of activities to be allocated to this position.
5. Restructure the CNNTA and provide financial, material and technical support to improve its leadership role in the country's nutritional interventions.
6. Develop a Nutrition Information System, managed by the CNNTA, that will centralise into a single database data on all programme components. This tool should be accompanied by a standard format of programme report writing. In order to facilitate this activity, a simple-to-use computerised data gathering tool should be developed and made available to the nutrition focal points. This tool should be accompanied by the standardised report writing format.

## **Programme Implementation**

### ***Community Outreach***

7. Actively involve the traditional healers, the fathers and older children, along with village associations and groups, in the screening and referral of under-nourished children and in community awareness raising.

### ***OTPs/SFPs/SCs***

8. Strengthen the existing referral and counter-referral mechanism by developing simple-to-use tools that will enable easy monitoring of the children's movements between the different programme components, and ensure that these tools are used properly through regular centre supervision.

## **Sustainability and Scaling Up**

9. Advocate for more involvement of the government in programme expenditure, through the dedication of a budget to nutrition. Also advocate to donors for long-term financing that would enable: the community component activities to be initiated in UNICEF's areas of intervention not currently covered by the NGOs; the number of SCs, OTPs and SFPs and mobile teams to be increased; appropriate beds for the SCs to be purchased; play areas to be built and toys to be bought for the children's psychomotor stimulation; interventions aimed at increasing people's resilience to malnutrition and linking emergency actions and development to be financed.
10. Look at reducing the cost of RUTFs by conducting a feasibility study of their local production and supporting the country for local production if it has the capacity and an interest in producing them at a lower cost. Jointly negotiate a lower price for RUTFs from the suppliers.

11. Consider introducing new products that have demonstrable effectiveness in the treatment of moderately under-nourished children, such as the Supplementary Plumpy or mixes based on local foods, taking into account aspects such as cost and sustainability.
12. Increase the programme's coverage so that it reaches the most vulnerable, from a perspective of equity. In this regard, increase the number of mobile teams in order to improve access to treatment to nomad groups and scattered villages. Also focus on covering areas of the country outside of the Sahelian belt that contain pockets of malnutrition, along with the local population in the regions that are hosting refugee camps, and internally displaced groups that are returning to their locality of origin. Increase the involvement of women in implementing the community component activities, given their stability and dedication to awareness raising activities.

# 1. INTRODUCTION

Chaque année dans les pays en développement, la forme aiguë sévère de malnutrition affecte environ 20 million d'enfants de moins de cinq ans et serait la cause de décès d'environ un million d'entre eux<sup>2</sup>. Afin de lutter contre cette forme de malnutrition, l'UNICEF appuie actuellement la mise en œuvre du programme de prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë (PCMA) dans plus de 55 pays.<sup>3</sup>

Le bureau d'évaluation de l'UNICEF à New York a initié une évaluation indépendante, en collaboration avec cinq bureaux de pays, avec pour objectif de faire la synthèse des bonnes pratiques et des leçons apprises dans la mise en œuvre du programme. Ces pays sont le Népal, le Pakistan, l'Éthiopie, le Tchad et le Kenya. Les résultats et les recommandations de cette synthèse seront utilisés par les autorités gouvernementales, les agences des nations unies et les ONG, comme outil de plaidoyer pour mobiliser plus de ressources afin de renforcer et/ou étendre les programmes de PCMA appuyés dans différents pays.

La malnutrition est la cause sous-jacente de plus de 50% de la mortalité infantile au Tchad<sup>4</sup>. Le bureau de pays de l'UNICEF, en collaboration avec le Ministère de la Santé Publique (MSP), les agences des Nations Unies et les ONG, a initié des actions pour corriger cette situation, parmi lesquelles la PCMA, et contribuer à l'atteinte du premier et du quatrième objectif du millénaire pour le développement, à savoir éradiquer l'extrême pauvreté et la faim, et réduire la mortalité infantile. Les derniers résultats d'enquêtes nutritionnelles conduites en Juillet-août 2011 montrent que l'implémentation de la PCMA au Tchad a eu des effets positifs sur la situation nutritionnelle des enfants de moins de cinq ans vivant dans la bande sahélienne<sup>5</sup>. Le bureau de pays de l'UNICEF a appuyé le déroulement de cette évaluation afin d'apprécier le degré de succès réalisé dans le traitement de malnutrition aiguë au Tchad, et générer des leçons pour l'amélioration du programme. Le présent rapport, qui présente l'étude de cas du pays, est divisé en sept principaux chapitres :

1. Le contexte du Tchad
2. L'évolution de la PCMA, la gouvernance et le partenariat dans sa mise en œuvre
3. La méthodologie de l'évaluation
4. Les résultats de la mise en œuvre du programme
5. Les facteurs transversaux du programme
6. Analyse des coûts du programme, options pour la durabilité et le passage à l'échelle
7. Conclusions et recommandations

## 1.1 Le Contexte du Tchad

### 1.1.1 Situation sociodémographique

Avec une superficie de 1 284 000 km<sup>2</sup>, le Tchad occupe le 5<sup>e</sup> rang des pays les plus vastes d'Afrique après le Soudan, l'Algérie, la République Démocratique du Congo et la Libye. Ce pays est situé dans une zone qui partage l'Afrique arabe de l'Afrique noire, étant limité au nord par la Libye, à l'est par le Soudan, au sud par la République centrafricaine, au sud-ouest par le Cameroun et le Nigeria, et à l'ouest par le Niger. Pays totalement enclavé, le Tchad est à plus de 1000 km du port maritime le plus proche, qui est celui de Douala au Cameroun. Selon les résultats globaux du deuxième recensement général de la population et de l'habitat (RGPH2) publiés en 2010<sup>6</sup>, la population tchadienne s'élève à 11,2 millions

<sup>2</sup>World Health Organization (WHO), World Food Programme (WFP), the United Nations Standing Committee on Nutrition (UN/SCN) and the United Nations Children's Fund (UNICEF). Joint Statement. Community-based management of severe acute malnutrition, June 2007.

<sup>3</sup>Global Mapping Review of Community-Based Management of Acute Malnutrition (CMAM) with a focus on Severe Acute Malnutrition (SAM), UNICEF Nutrition Section, Nutrition in Emergency Unit, HQ-NY, March 2011.

<sup>4</sup>UNICEF Tchad. Protocole national de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë (PCIMA). Mars 2011.

<sup>5</sup> Rapport préliminaire enquête nutritionnelle et de mortalité dans 11 régions du Tchad, du 16 août au 15 septembre 2011

<sup>6</sup>Enquête par grappes à indicateurs multiples, Tchad, Janvier 2010.

d'habitants avec 50,7 % de femmes et 49,3 % d'hommes. Les nomades sont estimés au nombre de 87 815, soit 3,5% de la population totale. Le taux annuel moyen d'accroissement intercensitaire est de 3,6%. La densité de la population était de 8,7 en 2009, avec une répartition très inégale sur le territoire national. En effet, environ 47% de la population est concentrée dans la partie méridionale (sud et bande du Sahel) qui représente seulement 10% de la superficie totale du pays<sup>7</sup>. Le Tchad contient aussi 264 000 réfugiés d'origine soudanaise dans l'est du pays, 64 000 réfugiés d'origine centrafricaine dans le sud, ainsi qu'environ 130 000 populations déplacées internes<sup>8</sup>. Les langues officielles sont l'Arabe et le Français. Le taux brut de scolarisation primaire était de 98,5 % en 2010. Quant au taux brut de scolarisation du secondaire il était de 21 % en 2010 contre 19,9 % en 2009. En 2011, l'espérance de vie à la naissance pour la population totale était de 48,3 ans, dont 47,2 ans pour les hommes et 49,4 ans pour les femmes<sup>9</sup>.

### 1.1.2 Contexte politico-administratif et économique

Quelques années seulement après son accession à l'indépendance en 1960, le Tchad va connaître des crises politico-militaires récurrentes qui vont avoir des effets désastreux sur son développement. Depuis 2009, le pays connaît une certaine stabilité après des décennies de conflits armés. Sur le plan administratif, le Tchad compte 22 régions administrées par des gouverneurs, 61 Départements administrés par des préfets, 245 Sous-préfectures administrées par des sous-préfets, et 446 Cantons<sup>10</sup>.

De 1960 à 2003, l'économie du Tchad est restée tributaire de l'agriculture, de l'élevage et de la pêche, rendant l'économie particulièrement sensible aux variations climatiques. Activités en grande partie informelles, elles faisaient vivre environ 80% de la population en 2000. La vente du coton représentait 80% des revenus issus de l'exportation. L'année 2003 a marqué un tournant important pour l'économie du pays, avec le démarrage de l'exploitation pétrolière. La mise en production du brut de Doba dans le Sud du pays a transformé la structure socioéconomique, les revenus pétroliers ayant permis de financer de grandes infrastructures éducatives, sanitaires et routières. En 2010, le taux de croissance était de 5,9%, contre 1,7 % en 2009. L'amélioration de la situation sécuritaire serait un des facteurs clés de cette croissance, en plus de la bonne tenue des cours du pétrole intervenue en 2010. Cette croissance était estimée à 5,7 % en 2011 et 6,9 % en 2012<sup>11</sup>.

Cependant, malgré les progrès réalisés, les indicateurs sociaux du Tchad demeurent largement en deçà de ceux que l'on observe en Afrique au sud du Sahara. Le pays se situe parmi les 10 les plus pauvres de la planète, étant classé 183<sup>ème</sup> sur 187 selon le plus récent classement de l'indice de développement humain (IDH) publié en novembre 2011<sup>12</sup>. D'après les données de la seconde Enquête sur la Consommation et le Secteur Informel au Tchad (ECOSIT 2), la pauvreté touche 55 % de la population et reste un phénomène à dominance rurale. L'État reste le plus grand employeur, et selon l'Office national de la promotion de l'emploi (ONAPE), 67 % des offres d'emplois provenaient en 2009 du secteur des industries extractives et 15 % du secteur des bâtiments et travaux publics.

## 1.2 Le système de santé du Tchad

La structure du Ministère de la Santé Publique (MSP) est basée sur un plan de découpage sanitaire calqué sur le découpage administratif. C'est une organisation pyramidale à trois niveaux :

- **Un niveau central** qui comprend le Cabinet, le Secrétariat Général, l'Inspection Générale, trois Directions Générales, sept Directions Techniques, les Institutions Nationales, les Projets et Programmes Nationaux de Santé. Ce niveau central a pour rôle de concevoir et d'orienter les politiques de santé. Il est chargé de mobiliser et de coordonner les ressources nationales et

<sup>7</sup> ChapelleJ. Le peuple tchadien. Ses racines et sa vie quotidienne, Paris, L'Harmattan, 1986.

<sup>8</sup> UNHCR Global Appeal 2012-2013. CHAD, working environment. <http://www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/page?page=49e45c226>

<sup>9</sup> BAD, OCDE, PNUD, CEA. Perspectives économiques en Afrique 2011.

<sup>10</sup> Tableau des codes des circonscriptions du Tchad – Ministère de l'Intérieur, Avril 2008.

<sup>11</sup> BAD, OCDE, PNUD, CEA. Perspectives économiques en Afrique 2011.

<sup>12</sup> PNUD. Indice de Développement Humain. Annexes statistiques, 2011.

internationales, de superviser, d'évaluer et de contrôler la mise en œuvre des programmes nationaux et ceux du niveau intermédiaire. A ce niveau, le Centre National de Nutrition et de Technologie Alimentaire (CNNTA) est rattaché au Secrétariat Général.

- **Un niveau intermédiaire** qui comprend 21 Délégations Sanitaires Régionales (DSR) calquées sur les Régions Administratives du pays. Il est prévu pour chaque DSR un hôpital régional de référence. Ce niveau est chargé de coordonner la mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé (PNS) et d'apporter un appui technique au niveau périphérique.
- **Un niveau périphérique** composé de Districts Sanitaires (DS) calqués sur les départements administratifs à l'intérieur desquels se trouvent les Zones de Responsabilité (ZR). C'est le niveau opérationnel de la PNS, chargé de l'exécution des activités du Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) dans les hôpitaux de districts et du Paquet Minimum d'Activités (PMA) dans les centres de santé.

Le financement du secteur de la santé provient de trois principales sources : ***l'État*** à travers son budget général, qui finance les dépenses du personnel, des biens et services, de transfert et d'investissement ; la deuxième source est constituée de ***bailleurs de fonds et les ONG*** et la troisième source est la ***population*** à travers le recouvrement des coûts et les dépenses auprès des prestataires privés.

Le système de santé national connaît actuellement plusieurs difficultés, le point épineux étant celui des ressources humaines<sup>13</sup>. En effet, les évaluations de la Politique Nationale de Santé faites en 1994, 1999 et 2005 ont relevé un déficit énorme en personnel médical et paramédical qualifié. D'après le plan stratégique de développement des ressources humaines pour la santé (RHS) au Tchad, la situation au pays en 2010 était caractérisée par :

- ***Une insuffisance du personnel de santé en quantité et en qualité et leur mauvaise distribution géographique;*** le pays compte au total environ 5977 agents de santé toutes catégories confondues, dont 3906 (65%) de sexe masculin et 2071 (35%) de sexe féminin. A cela s'ajoute leur utilisation inadéquate en termes de planification, du suivi de carrière, d'outils essentiels de gestion et de la répartition géographique sur le territoire national. En outre, l'opérationnalité des hôpitaux est difficile en raison d'une grande pénurie des médecins spécialistes.
- ***Une insuffisance de la formation initiale et continue,*** les institutions de formation étant confrontées aux problèmes d'insuffisance des capacités d'accueil, d'enseignants qualifiés, de matériels didactiques et d'inadaptation des curricula. La formation continue n'est pas assurée de manière systématique au personnel.
- ***Une insuffisance de motivation du personnel liée aux salaires inadaptés, la non reconnaissance du travail bien fait, l'absence d'un plan de carrière, l'insuffisance de bonnes conditions de travail, la cherté de vie, l'éloignement et l'austérité des régions, l'absence de prise en charge du transport des agents vers leurs lieux de travail, l'absence des facilités accordées aux nouveaux agents pour leur installation et l'insécurité dans certaines localités.***

---

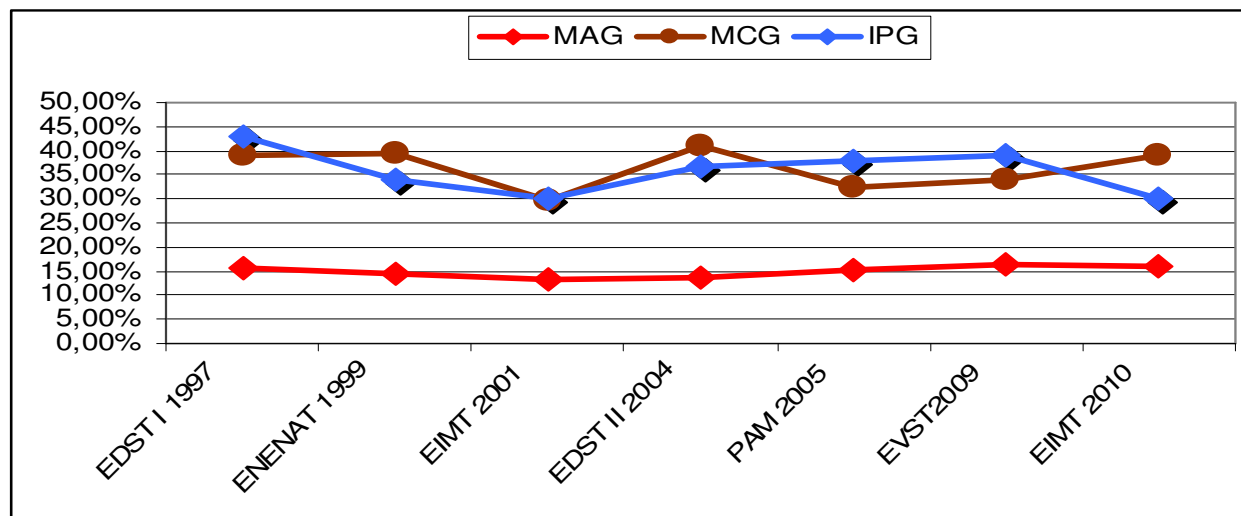
<sup>13</sup>Djedossoum N. Plan stratégique de développement des ressources humaines pour la santé au Tchad 2011- 2020. Draft du document, mars 2010.

- **L'absence de recherche sur le développement des RHS en raison de l'absence de la promotion de la recherche.**

Tout ceci se traduit sur le terrain par la difficulté d'offrir des soins de qualité, ce qui expliquerait la faible performance du système de santé du pays.

### 1.3 Situation sanitaire et nutritionnelle

De 2003 à 2008, le Tchad a enregistré une légère baisse du taux de mortalité infanto-juvénile qui est passé de 194 % à 191 %. Cependant, malgré l'existence de nombreuses potentialités agricoles, animales, halieutiques et hydrauliques, la situation sanitaire et nutritionnelle reste critique. Le pays est l'un des plus vulnérables aux aléas climatiques, l'avancée du désert et l'assèchement du Lac Tchad ayant eu des conséquences sanitaires et agricoles néfastes, surtout dans la bande sahélienne. Au cours des deux dernières décennies, les prévalences du retard de croissance, de l'insuffisance pondérale et de la malnutrition aiguë globale (MAG) sont restées élevées dans l'ensemble du pays (figure 1). D'autre part la crise alimentaire, les inondations sévères et l'épidémie de choléra en 2010 ont fortement impacté les indicateurs sanitaires du pays.<sup>14</sup>



Note:

MAG: Malnutrition aiguë globale ; MCG: Malnutrition chronique globale ; IPG : Insuffisance pondérale globale  
 EDST: Enquête Démographique et Santé Tchad (EDST I), 1997; Enquête Démographique et Santé Tchad (EDST II), 2004.  
 ENENAT : Enquête sur l'Etat Nutritionnel et Alimentaire au Tchad  
 EIMT : Enquête Institutionnelle Multiple au Tchad  
 PAM : Analyse et cartographie de la vulnérabilité structurelle à l'insécurité alimentaire en milieu rural au Tchad, Décembre 2005  
 EVST: Enquête de Vulnérabilité Structurelle au Tchad

**Figure 1 : Évolution de la prévalence de la MAG, MCG et de l'IPG de 1997 à 2010**

En mai 2009, les résultats de l'enquête nationale d'«Analyse Globale de la Sécurité Alimentaire et de la Vulnérabilité » ont révélé un taux de MAG de 16,6% chez les enfants de moins de cinq ans (dont 4,4% de MAS), avec des pics allant au-delà de 20% dans presque toutes les régions de la bande du Sahel. En outre, les enquêtes nutritionnelles réalisées entre juillet et août 2010 par le MSP et l'UNICEF, en partenariat avec le PAM, ACF, et ECHO ont confirmé l'existence dans la bande sahélienne des taux de malnutrition aiguë globale largement au-dessus du seuil d'urgence de 15% préconisé par l'OMS<sup>15</sup>.

<sup>14</sup> Scaling-up and sustaining nutrition and child survival interventions in the Sahel belt of Chad. UNICEF Chad, 2010

<sup>15</sup>Rapport préliminaire de l'enquête nutritionnelle et de mortalité rétrospective dans six régions de la bande sahélienne du Tchad. Juillet – Août 2010.

## **1.4 Programmes de santé ciblant les enfants au Tchad**

En 1997 un plan d'action de lutte contre la malnutrition a été élaboré par le CNNTA<sup>16</sup>. Ce plan décrit une stratégie de mise en œuvre intégrée des programmes de santé, de sécurité alimentaire et d'accès à l'eau potable avec pour objectif de promouvoir un bon état nutritionnel des membres de la communauté. Il découle de ce plan un guide national de lutte contre la malnutrition aiguë et les carences en micronutriments, qui définit les principales interventions à mettre en œuvre<sup>17</sup>. Ces interventions sont orientées sur trois axes : la santé, la sécurité alimentaire et la nutrition.

### **1.4.1 La santé**

Les interventions en faveur des enfants ainsi que l'accès aux médicaments et aux paquets de service en faveur de la santé maternelle sont les priorités, tout comme l'amélioration de la gestion des ressources humaines. Pour faire face aux difficultés liées à la faiblesse de l'accès et de la continuité des services au niveau des formations sanitaires, le Programme de Coopération Tchad-UNICEF a mis en œuvre une Stratégie Africaine d'Accélération pour la Survie et le Développement de l'Enfant (SAASDE). La SAASDE a été introduite en 2002 dans trois districts du pays. En 2005, l'évaluation de cette stratégie pilote a montré des résultats satisfaisants en termes de performance, notamment l'amélioration de la couverture vaccinale, l'implication de la communauté dans les activités sanitaires, le développement des monitorages et des micro-planifications. Tirant leçon de ces progrès, le MSP a décidé de l'adopter comme stratégie de la politique nationale de santé pour 2007-2015 afin d'accélérer l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement. L'UNICEF est le principal partenaire du MSP dans la mise en œuvre de cette politique, et a renforcé depuis Décembre 2010 les campagnes de vaccination contre la poliomyélite et le PEV. D'autre part, l'UNICEF travaille à l'amélioration de l'accès à l'eau potable, la promotion de l'hygiène et la salubrité à travers la construction de forages, de latrines, et l'éducation de la communauté<sup>18</sup>.

### **1.4.2 La sécurité alimentaire**

Les activités de sécurité alimentaires sont essentiellement mise en œuvre par la FAO en partenariat avec le gouvernement, les autres agences des Nations Unies et les ONG. La principale zone d'intervention est la bande sahélienne. Dans le but de réduire la prévalence de la malnutrition dans cette région, la FAO a déployé des activités telles que l'accès aux zones irrigables dans les ouadis favorables aux activités agricoles, la construction des forages dans ces ouadis, l'installation des motopompes, la mise sur pieds des activités génératrices de revenus, la distribution des boucs et des chèvres aux familles, la création des jardins potagers et les démonstrations culinaires.

L'Union Européenne (UE) à travers les ONG appuie les populations déplacées pour la production agricole en leur fournissant des semences, en supportant leur production maraichère, en développant des activités génératrices de revenus et en améliorant leur accès à l'eau potable.

### **1.4.3 La nutrition**

Les actions qui ont été mises en œuvre en vue de lutter contre la malnutrition sont entre autres la promotion de l'allaitement maternel, la lutte contre les carences en micronutriments, le suivi de la croissance et les interventions nutritionnelles à base communautaire.

#### ***1.4.3.1 Promotion de l'allaitement maternel***

Au Tchad, bien que presque tous les enfants soient allaités, seulement deux à quatre pour cent d'entre eux sont allaités exclusivement durant les six premiers mois de vie<sup>19</sup>. La plus part du temps les enfants sont retirés de leurs mères juste après la naissance et le premier lait ou colostrum n'est pas donné au bébé, parce qu'il est considéré comme toxique selon les croyances locales. Le bébé est mis au sein

<sup>16</sup> Ministère de la Santé Publique et Ministère de l'Agriculture. Plan national d'action pour la nutrition ; 1997

<sup>17</sup> Ministère de la Santé Publique et Ministère de l'Action Sociale et de la Famille. Guide national de lutte contre la malnutrition protéino-énergétique et les carences en micronutriments ; 1999

<sup>18</sup> Scaling-up and sustaining nutrition and child survival interventions in the Sahel belt of Chad. UNICEF Chad, 2010

<sup>19</sup> UNICEF. A successful start in life. Improving breastfeeding in West and Central Africa. 2010.

seulement lorsque du lait plus clair commence à couler. En plus du lait maternel, de l'eau et d'autres liquides sont donnés au bébé. Les stratégies pour la promotion de l'allaitement maternel dans le pays reposent sur la mise en place de l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébé, la mobilisation sociale et le plaidoyer pour l'application de la réglementation sur la commercialisation des substituts du lait maternel. A ce jour une dizaine d'hôpitaux ont été certifiés « Hôpitaux Amis des Bébé ». Il existe une Semaine Nationale de l'Allaitement Maternel, la formation des agents socio sanitaires et le suivi des agents formés mis en place par le CNNTA avec l'appui de l'UNICEF. La stratégie consiste essentiellement à disséminer de l'information pour le changement de comportement, ce qui ne serait pas suffisant pour changer les vieilles habitudes et croyances de la population.

#### **1.4.3.2 Lutte contre les carences en micronutriments**

La supplémentation systématique en vitamines a été intégrée à la politique nationale du programme élargi de vaccination (PEV) de façon à améliorer la couverture de la supplémentation en vitamine A dans les activités de routine des centres de santé, les sites de nutrition communautaire et pendant les journées nationales de vaccination (JNV). La supplémentation en fer et acide folique (FAF) fait partie intégrante des consultations prénatales, les femmes enceintes recevant une supplémentation au niveau des formations sanitaires. Le MSP en collaboration avec l'UNICEF a entrepris le déparasitage systématique des enfants de 0 - 5 ans et les femmes enceintes<sup>20</sup>. En outre, des efforts ont été faits dans le domaine de la promotion du sel iodé au Tchad. Selon les données les plus récentes publiées en 2005, en moyenne 56% des ménages consomment le sel iodé<sup>21</sup>.

#### **1.4.3.3 Suivi de la croissance**

Il est recommandé que les enfants soient pesés pendant leur première année une fois par mois et que les mères reçoivent les conseils nutritionnels dans les centres de santé. Les courbes de croissance devraient être tracées dans le carnet de santé des enfants. Cependant, le suivi de la croissance reste méconnu ou bien est insuffisamment pratiqué au Tchad.

#### **1.4.3.4 Interventions nutritionnelles à base communautaire**

Les interventions nutritionnelles à base communautaire ont une vocation préventive et curative. Ces interventions, qui se résument à la PCMA, ont démarré en 2004 dans le pays, dans les camps de réfugiés et de déplacés. Depuis 2009, elles se sont étendues dans la bande sahélienne. Au niveau national le programme est dénommé « **programme de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë** » (PCIMA), depuis 2010.

L'UE a appuyé à travers des ONG un microprojet de production locale de farine de Misola à Sahr dans le sud du pays, utilisé comme complément alimentaire pour les nourrissons et pour la prise en charge de la malnutrition modérée. Elle a également appuyé le projet de production de Moringa Olefera, plante développée dans les champs locaux, ainsi que la production de spiruline, toutes utilisées comme compléments alimentaires.

---

<sup>20</sup>CNNTA. Rapport descriptif de l'enquête Nationale sur l'état nutritionnel et l'alimentation au Tchad (ENENAT) ; Février 2002.

<sup>21</sup>UNICEF. Sustainable Elimination of Iodine Deficiency. Progress since the 1990 World Summit for Children. May 2008.

## 2. L'ÉVOLUTION DE LA PCIMA, LA GOUVERNANCE ET LE PARTENARIAT DANS SA MISE EN ŒUVRE AU TCHAD

### 2.1 Évolution de la PCIMA au Tchad

Les activités de prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë ont démarré en 2004 dans les camps de réfugiés et de déplacés de l'Est du pays, essentiellement gérées par les ONG. En avril 2007, l'UNICEF a appuyé le MSP pour le développement du protocole national de prise en charge de la malnutrition aiguë, qui a été publié en juin 2007. Sa mise en œuvre a été pilotée dans trois centres de santé gouvernementaux de la région du Kanem. Le passage à l'échelle a démarré en 2009 avec le déploiement des activités dans toute la bande du Sahel, suite à une mobilisation importante des ressources financières et humaines par l'UNICEF et plusieurs autres partenaires en vue de contenir les taux élevés de malnutrition aiguë observés au décours d'une enquête nutritionnelle conduite dans la région en fin 2008<sup>22</sup>. Le protocole national publié en 2007 a été revu et mis à jour en mars 2011, avec l'adoption des récentes normes de croissance de l'OMS et les récentes guidelines de prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë<sup>23, 24</sup>. De nos jours, l'UNICEF appuie actuellement la mise en œuvre du protocole mis à jour dans 11 des 22 régions du pays (figure 2).

### 2.2 Design et stratégie de la PCIMA

Le protocole national de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë comprend quatre principales composantes<sup>25</sup> : le volet communautaire, le centre de nutrition ambulatoire (CNA), le centre de nutrition supplémentaire (CNS) et le centre de nutrition thérapeutique (CNT).

#### 2.2.1 Le volet communautaire

Cette composante comprend la mobilisation communautaire, la sensibilisation, le dépistage actif, le suivi des enfants admis au programme et l'éducation pour la nutrition et la santé. Le terme « *mobilisation communautaire* » fait référence ici aux activités qui visent à obtenir l'adhésion et la participation de la communauté au programme nutritionnel.

#### 2.2.2 Centre Nutritionnel Ambulatoire (CNA)

Cette composante prend en charge les enfants âgés de 6 à 59 mois qui souffrent de malnutrition aiguë sévère sans complications médicales. Les femmes enceintes et allaitantes avec malnutrition sévère (PB < 180 mm) devraient aussi faire l'objet d'un suivi au niveau des CNA, selon la disponibilité des ressources et la capacité du personnel à gérer un nombre important de cas. Les critères d'admission pour les enfants de 6 à 59 mois sont des œdèmes bilatéraux des membres inférieurs grade + ou ++, ou indice P/T < -3 z-scores, ou PB < 115 mm. Ces enfants doivent aussi avoir un bon appétit. Le Tchad compte aujourd'hui 178 CNA appuyés par l'UNICEF.

#### 2.2.3 Centre Nutritionnel Supplémentaire (CNS)

Il s'agit de la prise en charge des enfants âgés de 6 à 59 mois qui souffrent de malnutrition aiguë modérée sans complications médicales, les femmes enceintes et allaitantes et les personnes affectées par le VIH/SIDA ou la tuberculose. Selon la disponibilité des ressources, les adolescents et adultes peuvent aussi être pris en charge. Les critères d'admission pour les enfants de 6 à 59 mois sont un P/T >

<sup>22</sup>Enquête nutritionnelle SMART ACF 2008

<sup>23</sup>World Health Organization. WHO Multicentre Growth Reference Study Group. WHO child growth standards based on length/height, weight and age. *Acta Paediatrica*, 2006 (450):76-85

<sup>24</sup>FANTA. Training Guide for Community-Based Management of Acute Malnutrition (CMAM). USAID, 2009. [www.fantaproject.org](http://www.fantaproject.org).

<sup>25</sup>UNICEF Tchad. Protocole national de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë (PCIMA). Mars 2011.

-3 z-scores et < -2 z-scores ou un PB > 115 mm et < 125 mm. De nos jours il existe 200 CNS opérationnels dans le pays, essentiellement appuyés par le PAM.

### 2.2.4 Centre Nutritionnel Thérapeutique (CNT)

Il s'agit du traitement des enfants de 0 à 59 mois souffrant de malnutrition aiguë sévère avec complications médicales. Pour les enfants de moins de 6 mois ou ayant moins de 3 Kg, les critères d'admission sont un indice P/T < -3 z-scores ou œdèmes bilatéraux (+, ++ ou +++) ou bien l'enfant ne prend pas de poids à la maison. Pour ceux âgés de 6 à 59 mois, les critères d'admission sont soit un indice P/T < -3 z-scores ou des œdèmes bilatéraux grave + ou ++ ou un PB < 115 mm ET Présence de complications médicales ; soit des œdèmes bilatéraux grade +++ ou kwashiorkor-marasmique, même en l'absence de complications médicales. Le nombre de CNT existants dans le pays est actuellement de 27.

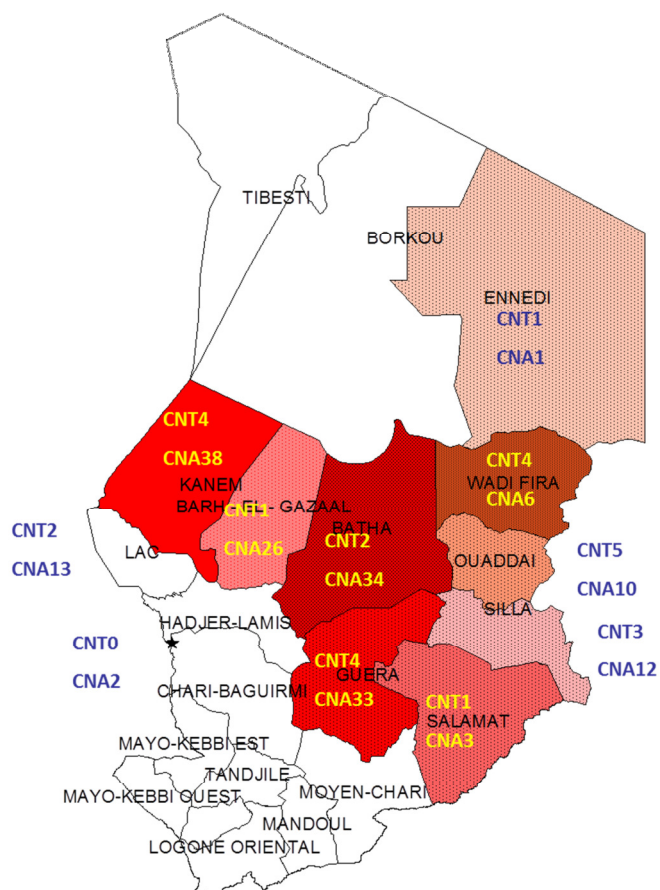


Figure 2 : Régions couvertes par le programme de PCIMA, UNICEF Tchad, Septembre 2011

## 2.3 Gouvernance et partenariat dans la mise en œuvre du programme de PCIMA

### 2.3.1 La gouvernance

Selon le protocole national, les activités de Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë sont déployées à travers la pyramide du système national de santé.

Au niveau central, ces activités doivent être coordonnées par le MSP, avec le CNNTA comme organe opérationnel.

Au niveau intermédiaire, la coordination, la supervision, le suivi et l'évaluation des activités du programme sont assurés par les Délégués Sanitaires Régionaux, en étroite collaboration avec les Points Focaux Nutrition (PFN).

Au niveau du district, les activités sont sous la supervision du Médecin Chef de District (MCD). La formation sur le dépistage passif et actif des infirmiers des centres de santé, ainsi que l'éducation nutritionnelle des relais communautaires (RC) se font à ce niveau.

Au niveau du centre de santé, le Responsable du Centre de Santé (RCS) est en charge de traiter la malnutrition aiguë sévère et modérée, de former les relais communautaires et d'intégrer les activités nutritionnelles aux autres activités de santé communautaire telles que le PEV et la PCIME.

Dans la communauté, les RC doivent faire le dépistage actif régulier. Ils peuvent être employés à plein temps ou à temps partiel selon l'organisation qui les recrute. Ils doivent sensibiliser la communauté sur le programme avant et pendant sa mise en œuvre, visiter périodiquement le/les village (s) qui font partie de la zone de responsabilité du centre de santé afin de faire le dépistage actif, retrouver les abandons et encourager ceux qui ont un faible gain de poids, contacter et visiter régulièrement les anciens du village afin de maintenir leur implication dans le programme, entretenir le lien entre le centre de santé, les responsables de la communauté, les volontaires du village et les autres relais.

### **2.3.2 Le partenariat dans la mise en œuvre du programme**

Le gouvernement tchadien a fait du partenariat un élément important de la mobilisation des ressources humaines, matérielles et financières pour la mise en œuvre du programme dans le pays. Dans chaque région appuyée, la délégation sanitaire assure la coordination et l'intégration de la PCIMA avec les autres interventions de survie de l'enfant, en collaboration avec les principaux partenaires que sont les agences des Nations Unies (UNICEF, PAM, OMS, UNHCR, FAO) et les ONG (ACF, MSF-H et MSF-CH, IRC, IMC, CRF, World Vision, COOPI, CSSI, AIDE/Bambini, BASE, ACTED, NDA, Béthanie). Le rôle de l'UNICEF dans ce partenariat est d'assurer la mise en œuvre cohérente du programme à travers un support technique et logistique, le suivi et la supervision sur le terrain, la collecte des données du programme et la publication des rapports. Pour ce faire, l'UNICEF coordonne le cluster nutrition au niveau national. Les différents partenaires du cluster se rencontrent une fois par mois, et durant les réunions, les données et rapports consolidés du programme mis en œuvre dans les différentes régions sont discutés<sup>26</sup>. Au niveau des régions des rencontres similaires appelées « *réunions de coordination sectorielle* » se déroulent entre partenaires, sous la coordination du Délégué Sanitaire Régional.

Depuis le déploiement progressif des activités à grande échelle dans les 11 régions appuyées par l'UNICEF, deux enquêtes nutritionnelles ont été conduites annuellement (tous les six mois) afin d'évaluer les effets du programme. Les enquêtes les plus récentes, conduites en mars et septembre 2011, ont montré des résultats qui font état d'une stabilisation de la situation, voire une légère baisse du taux de malnutrition aiguë dans certaines régions. Ces effets ont été attribués aux actions conjuguées de l'UNICEF et des différents partenaires en vue de prévenir une mortalité plus élevée dans ces régions<sup>27</sup>.

---

<sup>26</sup>UNICEF response to the Nutrition Crisis in the Sahel Belt. UNICEF Chad, 2010

<sup>27</sup>Rapport préliminaire enquête nutritionnelle et de mortalité dans 11 régions du Tchad, du 16 août au 15 septembre 2011



## 3. MÉTHODOLOGIE DE L'ÉVALUATION

Ce chapitre présente les objectifs, l'équipe, la méthodologie et les limites de l'évaluation.

### 3.1 Les objectifs de l'évaluation

Cette étude contribuera à une synthèse globale des bonnes pratiques et des leçons apprises dans la mise en œuvre de la PCMA. En raison de sa dimension nationale et internationale, les utilisateurs des résultats seront les gouvernements, des agences des Nations Unies, les bailleurs de fonds, les ONG, les institutions universitaires et des groupes communautaires au Tchad et ailleurs.

L'objectif général est d'évaluer la performance du programme de PCIMA au Tchad en termes de pertinence, d'efficacité et de couverture, d'efficience et de qualité des services, de durabilité et de passage à l'échelle. Selon les termes de références globales (annexe 7 et annexe 8), les objectifs spécifiques sont les suivants :

- 1) Analyser la performance relative à toutes les composantes du programme, en utilisant en partie ou en totalité les critères standards d'OCDE/DAC que sont la pertinence, l'efficience et la qualité des services, l'efficacité et la durabilité
- 2) Examiner les éléments de transversalité du programme tels que la gestion et la coordination, le genre et autres formes d'équité, le développement des capacités, le plaidoyer et le développement des politiques, la gestion des données et de l'information
- 3) Documenter sur les bonnes pratiques et les leçons apprises, et générer des recommandations pour l'amélioration du programme et son extension au Tchad.

Au Tchad, l'équipe d'évaluation était composée de quatre consultants nationaux et deux consultants internationaux. Les consultants nationaux étaient Philippe Djékaouyo Nadwai, Statisticien - Informaticien ; Naiban Mingueyambaye, Expert en Nutrition ; Jean Pierre Manssimadji, Infirmier Diplômé d'État; et Salomon Allaramadji, Economiste de développement. Les consultants internationaux étaient Camille Éric Kouam, expert en PCMA et Sheila Reed, Experte en Évaluation. Les consultants internationaux ont appuyé les consultants nationaux dans le design et la mise en œuvre de l'évaluation, participant également à la collecte, l'analyse des données et l'interprétation des résultats, ainsi qu'à la rédaction du rapport d'évaluation. L'équipe des consultants a aussi reçu le support constant de la section Santé/Nutrition du bureau UNICEF Tchad, de la section Nutrition et du bureau d'évaluation à New York, ainsi que du groupe de référence mis en place par le siège pour la revue du rapport préliminaire.

### 3.2 Méthodologie de l'évaluation

#### 3.2.1 Méthodes, outils et sources des données collectées

Il s'agit d'une analyse descriptive du processus et des résultats du programme de PCIMA au Tchad. L'équipe de consultants a examiné les documents narratifs ainsi que les bases de données qualitatives et quantitatives. La liste des documents consultés se trouve en annexe 10.

- Les données primaires, essentiellement qualitatives, ont été collectées au niveau national, régional, et du district. Elles ont été obtenues auprès des responsables de programme, des agents de santé, des agents de santé communautaire, des volontaires et des bénéficiaires, via les entretiens individuels, les discussions de groupe et les observations directes. Les guides d'entretiens et de discussion de groupe, ainsi que des grilles d'observation ont été développés à cet effet.
- Les données secondaires qualitatives (guidelines, rapports, enquêtes, etc.) et quantitatives (bases de données nutritionnelles, dépenses du programme) ont été collectées auprès du bureau national de l'UNICEF et du PAM, ainsi que des points focaux nutrition dans les régions sanitaires.

- Les données ont été triangulées afin d'assurer la validité et la fiabilité des informations.

Les consultants nationaux ont été identifiés et recrutés avant l'arrivée des consultants internationaux dans le pays le 1<sup>er</sup> octobre 2011. Les réunions régulières de travail se sont tenues entre les consultants dans le but de finaliser la méthodologie et d'adapter les outils de collecte des données. La collecte des données qualitatives et quantitatives a commencé le 15 octobre 2011 et s'est terminée le 4 novembre 2011, soit 20 jours.

### **3.2.2 Échantillonnage des sites de PCIMA et mode de sélection des participants**

Un échantillonnage raisonné des sites de PCIMA a été établi. Les critères de sélection communs à tous les sites étaient la durée du programme (minimum six mois), la sécurité et l'accessibilité. D'autres critères considérés étaient les suivants :

- les partenaires appuyant le MSP dans la mise en œuvre du programme : dans ce cas des sites appuyée par les ONG et l'UNICEF, et ceux appuyés uniquement par l'UNICEF ont été sélectionnés ; le but était de comparer les effets de l'appui direct de l'UNICEF à celui d'un apport conjoint de l'UNICEF et d'une ONG
- les modalités de mise en œuvre : des sites de camps de réfugiés ont été visités afin de comparer la mise en œuvre du programme avec les centres de santé gouvernementaux, qui ne sont pas situés dans les camps de réfugiés.

Huit CNT et dix CNA/CNS ont été échantillonnés dans six régions de la bande du Sahel, s'étalant de l'ouest du Tchad à la frontière du Niger, à l'est du pays à la frontière du Soudan. Les régions visitées sont le Kanem, le Bahr El Ghazel, le Batha, le Guera, l'Ouaddaï et N'Djamena (Tableau 3.1). Ces six régions totalisent 35803 des 56098 enfants admis dans le programme en 2010, soit 63,8% de l'ensemble des admis dans les 11 régions (annexe 5). Ayant constaté une certaine similarité entre les six régions dans la conduite des activités dans les centres, les informations collectées ont été extrapolées sur l'ensemble des onze régions.

Les entretiens individuels ont été conduites auprès d'informateurs clés identifiés et disponibles au MSP (CNNTA, Inspection de la santé, Délégué Sanitaire Régional, Médecin Chef de District, Point Focal Nutrition, Responsables des Centres de Santé), les agents des Nations Unies (UNICEF, OMS, FAO, UNHCR, PAM), les bailleurs de fonds (Ambassade de France, EU, ECHO). Par ailleurs l'équipe des consultants a conduit des discussions de groupe auprès des infirmiers et agents de santé communautaire, les volontaires et les bénéficiaires (mères et pères d'enfants malnutris admis dans le programme, membres de la communauté) disponibles au moment de l'évaluation et qui étaient consentants à participer. Au total approximativement 64 entretiens individuels et 38 discussions de groupe ont été conduits à différents niveaux, en plus de 18 observations directes des sites de PCIMA. Le tableau 3.2 récapitule ces activités.

**Tableau 3.1 : Critères de sélection des centres de santé visités**

Critères de sélection	N'Djamena	Kanem			BEG		Batha		Guera		Ouaddaï	
		Mao centre	Mao Mosquée	Mampal	Michémiré	Moussoro centre	Koundjourou		Sila		Abéché	Farchana
CNA/CNS	Centre NDA (ONG)											
CNT		Mao			Moussoro		Ati	Oumhadjer	Mongo	Melfi	Abéché	Adré
UNICEF seul	oui											
UNICEF + ACF + MSP		oui	oui		oui	oui						
UNICEF + MSF + MSP				oui								
UNICEF + CRF + MSP							oui	oui				
UNICEF + MSP									oui	oui	oui	oui
UNICEF + HCR + ONG												oui
camps de réfugiés												oui

**Tableau 3.2 : Activités de collecte des données effectuées par l'équipe d'évaluation**

Méthode de collecte des données	N'Djamena	Kanem	BEG	Batha	Guera	Ouaddaï	Total
<b>1. Entretiens individuels</b>							
CNNTA	1	-	-	-	-	-	1
Inspection de la santé	2	-	-	-	-	-	2
MCD/ Délégués	-	1	1	-	2	1	5
Point Focal Nutrition	-	1	1	-	-	-	2
RCS	-	2	2	1	1	1	7
Nations Unies	13	3	2	1	2	2	23
Bailleurs de fonds	4	-	-	-	-	-	4
ONG	8	4	4	1	-	3	20
<b>Total des entretiens individuels</b>	<b>28</b>	<b>11</b>	<b>10</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>64</b>
<b>2. Groupes de discussion</b>							
Infirmiers et autres agents de santé	1	1	1	2	2	2	9
Volontaires	1	3	2	2	1	2	11
Bénéficiaires	1	4	3	3	3	4	18
<b>Total des groupes de discussion</b>	<b>3</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>38</b>
<b>3. Observations directes</b>							
CNT	-	1	1	2	2	2	8
CNA/CNS	1	3	2	1	1	2	10
<b>Total des observations directes</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>18</b>

Note :

ONG : ACF, MSH-H, CSSI, IMC, CRF

Agents de santé : infirmiers, responsables de santé

### 3.3 Approche d'analyse des coûts

Pour l'analyse des coûts, la collecte des données primaires s'est faite pendant la visite de terrain. Les interviews et discussions avec les agents de santé et les responsables de programmes ont permis de collecter des informations sur le temps consacré à la mise en œuvre des différentes activités du programme (voir annexe 2). Le coût du temps consacré aux activités nutritionnelles a été déduit du salaire mensuel de chaque agent, selon sa qualification et son grade dans la fonction publique, et sur la

base de 39 heures de travail par semaine. Ces calculs ont permis d'estimer le coût de participation indirecte du gouvernement dans la mise en œuvre du programme.

Les données secondaires sur le budget global de mise en œuvre du programme dans les 11 régions d'action de l'UNICEF ont été collectées auprès du bureau national à N'Djamena. Ce sont les dépenses du programme durant l'année 2010.

### **Terminologie et Technique d'analyse**

Les données ont été décrites et regroupées selon la terminologie ci-dessous :

**Coût d'investissement** : tout ce qui concerne les équipements, véhicules ou moyens roulants, les tentes, les constructions et réhabilitations des centres de santé (hangars, peinture), etc. N'ont pas été pris en compte les infrastructures sanitaires gouvernementales (bâtiments, équipements, points d'eau, électricités, sécurité, etc.) qui étaient en place avant la mise en œuvre du programme. L'équipe a assumé que la valeur nette résiduelle de ces infrastructures était nulle pour le programme, étant donné que ces investissements étaient présents avant le démarrage des activités et y seront toujours s'il advenait que le programme PCIMA n'existe plus. Par ailleurs les investissements WASH effectués par l'UNICEF dans ces centres de santé n'ont pas été pris en compte dans le coût d'investissement direct, l'équipe ayant considéré que ces investissements ne sont pas destinés uniquement aux activités nutritionnelles.

**Coût de fonctionnement** : personnel, carburant, formation, entretiens, matériel informatique, fournitures de bureau, dépenses pour enquêtes nutritionnelles, médicaments, ATPE, équipements pour soins cliniques, matériels anthropométriques, matelas, moustiquaires, etc.

Différents tableaux ont été produits pour la présentation de ces données.

### **3.4 Qualité des données collectées**

Des outils développés, testés et utilisés au Népal et au Pakistan ont été traduits en français et adaptés au contexte du Tchad pour la collecte des données. Les techniques de collecte telles que l'entrevue individuelle, les discussions de groupe et l'observation directe ont été pratiquées par les consultants nationaux, qui ont par ailleurs été formés à la transcription et la consolidation des données qualitatives.

Les entretiens individuels et les discussions de groupe ont été conduits en français ou en arabe, avec l'assistance d'un traducteur au besoin. Les données qualitatives étaient transcrites en français, et leur complétude vérifiée chaque jour. Les données collectées à travers les fiches d'observation étaient entrées chaque jour dans un fichier Excel. Toutes ces données primaires étaient triangulées avec les données secondaires qualitatives et quantitatives collectées, afin de s'assurer de leur cohérence et de leur validité.

### **3.5 Limites de l'évaluation**

Certaines difficultés ont été rencontrées pendant la collecte, l'analyse des données et l'interprétation des résultats, entre autres :

- Les données collectées sur le terrain et au bureau de l'UNICEF de N'Djamena n'étaient pas désagrégées selon l'âge et le sexe, ce qui n'a pas permis de déterminer le groupe d'âge ou le sexe le plus représenté. Cette information aurait permis de faire des projections sur les groupes d'âges attendus dans le programme, et de faciliter l'analyse de l'équité par rapport au sexe.
- Les dépenses du programme n'étaient pas réparties par région. Dans ces cas les analyses ont été faites sur les données globales et agrégées disponibles. Il n'a pas été possible d'analyser le coût du programme par bénéficiaire et par région.
- Les activités du volet communautaire n'étant pas encore déployées par le bureau de pays de l'UNICEF, le coût de cette composante n'a pas été estimé. Les dépenses du programme n'étaient pas réparties par composante, par conséquent seuls le coût combiné du CNT et du

CNA a été déterminé.

- Les données sur les indicateurs de performance n'étaient pas complètes pour certaines régions, de même que l'insuffisance des données sur le nombre d'enfants guéris dans chaque région après avoir été admis dans le programme. Par conséquent il n'a pas été possible d'estimer le coût de la prise en charge d'un enfant sorti guéri du programme. Le coût par bénéficiaire a été déterminé seulement pour chaque enfant admis, quel que soit son devenir au décours de sa prise en charge.
- L'insuffisance des données a limité l'analyse de l'efficacité du programme et la qualité des services.

## 4. LES RÉSULTATS DE LA MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Ce chapitre présente les résultats des quatre composantes de la PCIMA au Tchad: le volet communautaire, les centres nutritionnels ambulatoires (CNA), les centres nutritionnels supplémentaires (CNS), et les centres nutritionnels thérapeutiques (CNT). Une comparaison inter-région est utilisée pour analyser l'efficacité de chacune de ces composantes. Ce chapitre traite aussi de l'approvisionnement, le stockage et la distribution des ATPE, ainsi que leur acceptabilité. Durant l'analyse la période allant de janvier 2010 à novembre 2011 est considérée comme période de référence, étant donné que les données nutritionnelles ont été régulièrement collectées et compilées par l'UNICEF chaque mois à partir de janvier 2010.

### 4.1 Le volet communautaire

La mobilisation communautaire est une composante fondamentale de la PCIMA. Selon le protocole national « *un des objectifs de la mobilisation communautaire est le dépistage précoce des cas de malnutrition aigüe et l'amélioration de la couverture du programme. C'est un processus continu qui doit démarrer en même temps que la planification des activités de prise en charge nutritionnelle. Les activités permettront de donner les compétences aux familles et aux communautés pour prévenir, et dépister les cas de malnutrition aigüe* ». Les personnes impliquées dans le dépistage communautaire sont désignées par la communauté selon une approche participative. Il s'agit des membres des Comités de Santé (COSAN), des agents de santé communautaire (ASC), des accoucheuses traditionnelles, des agents de nutrition communautaire et des relais communautaires. Ces personnes doivent recevoir une formation sur la mesure du PB et la recherche d'œdèmes bilatéraux.

D'après le protocole national du Tchad, les activités de mobilisation communautaire devraient couvrir la totalité du territoire et toute la population cible qui s'inscrit dans l'aire de responsabilité de chaque centre de santé. Au moment de la présente évaluation, seules 4 des 11 régions d'action de l'Unicef mettaient en œuvre les activités de mobilisation communautaire. Il s'agit du Kanem, du Bar El Ghazel, du Batha et de l'Ouaddaï. Dans l'Ouaddaï ces activités se font uniquement dans les camps, et non dans la population hôte. Dans les régions du Kanem, du Bar El Ghazel et du Batha, elles sont déployées uniquement dans les zones de responsabilités couvertes par les centres de santé supervisés par les ONG. Au total, 43, 5% des zones sont couvertes dans les trois régions où la mobilisation communautaire est mise en œuvre (tableau 4.1). Des initiatives étaient en cours pour le démarrage des activités dans la région du Lac à travers l'ONG Bambini, ainsi que dans la région du Salamat où l'UNICEF appuiera directement les autorités sanitaires locales et la communauté.

**Tableau 4.1 : Acteurs mettant en œuvre la mobilisation communautaire hors des camps et les pourcentages théoriques de la zone couverte**

Région	Acteur	Centres couverts	%Total
Kanem	ACF, MSF-H	20/39	51%
Barh El Gazel	ACF	15/26	57.7%
Batha	CRF	8/34	23.5%
<b>Total moyen</b>	-	<b>43/99</b>	<b>43.5%</b>

D'après les responsables de programmes, les raisons évoquées pour justifier la faible couverture actuelle des activités communautaires sont les suivantes :

- au départ, les responsables de programmes se sont plus focalisés sur le déploiement des activités dans les centres de santé. Ils n'ont pas mis assez d'accent sur les activités de mobilisation communautaire, en dehors de l'éducation sanitaire qui se fait dans les CNA et CNT à travers l'utilisation des boîtes à images.

- la délégation sanitaire n'a pas de budget pour former les relais communautaires et les superviser.

Dans les régions où la mobilisation communautaire est mise en œuvre par les ONG, en général deux ou trois relais communautaires assurent les activités dans la zone de responsabilité (ZR) de chaque CNA/CNS. Ce sont des agents identifiés dans la communauté en collaboration avec les leaders et les membres influents des villages. Certaines ONG qui les emploient à temps plein (bien qu'ils soient qualifiés de volontaires) leur procurent un salaire en plus de leur fournir des moyens roulants pour leurs déplacements dans les villages. D'autres ONG ne les rémunèrent pas, mais leur offrent plutôt des rations alimentaires comme incitatifs en leur qualité de volontaires. Ceci est en accord avec le protocole national qui recommande que « *les relais communautaires peuvent être employés à plein temps s'ils sont totalement pris en charge ou à temps partiel s'ils sont volontaires ou reçoivent un appui partiel* ».

Durant les entretiens, les volontaires non rémunérés ont dans leur totalité exprimé le désir de recevoir des primes ou un salaire, ainsi que des moyens roulants pour la prestation de leurs services comme c'est le cas pour ceux qui en reçoivent. Ils ont évoqué par exemple le fait de ne pas avoir un moyen roulant comme principal obstacle au dépistage actif et les visites à domicile dans les zones éloignées de leurs territoires de responsabilité. Ils ont par conséquent souhaité une harmonisation du statut des volontaires entre les différents partenaires de mise en œuvre du programme.

#### **4.1.1 Le dépistage**

D'après le protocole national, le dépistage de la malnutrition aiguë doit se faire aussi bien au niveau de la communauté que dans les formations sanitaires. Le dépistage actif dans la communauté doit se faire régulièrement, si possible une fois par mois. Il se fait par la mesure du PB et la vérification de la présence d'œdèmes bilatéraux des membres inférieurs. Suivant l'accessibilité et le nombre d'enfants souffrant de MAS dans les villages éloignés, il doit y avoir des visites programmées de ces villages par les ASC à moto, ou par une équipe mobile.

L'activité de dépistage actif à grande échelle n'est pas encore mise en place dans toutes les zones d'action de l'UNICEF (à l'exception des équipes mobiles dans les régions du Kanem et du Bar El Ghazel). Il est fait par les ONG mentionnées plus haut (tableau 4.1) dans les camps de réfugiés et de déplacés, et en dehors des camps. Les parents d'enfants admis au programme dans ces zones ont affirmé pour la plupart que leur enfant a été dépisté par un relais communautaire ou un référent village (RV) ; dans certains cas l'enfant a été dépisté au centre de santé. La principale difficulté relevée dans le dépistage actif est son irrégularité.

*« Nous avons quelque fois fait le dépistage actif dans la communauté deux fois par semestre. Mais nous avons arrêté parce que nous sommes débordés par le nombre important d'enfants admis dans le programme, et les relais communautaires n'ont pas la motivation pour aller faire le dépistage régulièrement dans les villages ».* Responsable de programme, N'Djamena.

L'absence d'activités du volet communautaire dans certaines régions et le manque de motivation des relais communautaires sont des obstacles à surmonter pour mener de manière régulière les activités de dépistage d'enfants, et identifier le maximum d'entre eux qui souffrent de malnutrition aiguë.

#### **4.1.2 Référence et admission**

Un enfant dépisté comme malnutri ou soupçonné de l'être par le RC est référé au CNA/CNS le plus proche pour confirmation et admission au programme. D'après la majorité des interviewés dans les zones où le dépistage actif et la référence se font, la plupart d'enfants malnutris identifiés dans les villages sont référés et admis dans les centres où ils sont pris en charge. Cependant certains parents référés n'emmèneraient pas leurs enfants dans les centres parce qu'ils préfèrent les guérisseurs traditionnels qui soignent à un coût plus faible que celui offert dans les centres de santé. Une autre raison serait le refoulement des enfants référés dans ces centres parce que d'après les RCS, les RC et les RV réfèrent beaucoup d'enfants qui ne répondent pas aux critères d'admission dans les centres de santé. Ces enfants ne sont pas admis au programme et ceci cause parfois des tensions entre les RCS, les mères et les relais communautaires ou référents villages.

#### 4.1.3 Suivi à domicile

D'après le protocole national, la visite à domicile des enfants admis dans le programme doit être faite dans les cas suivants :

- *l'enfant perd du poids ou il a un poids stationnaire ;*
- *l'enfant développe des complications médicales mineures qui pourraient entraîner une détérioration rapide de son état nutritionnel ;*
- *l'accompagnant refuse l'admission de son enfant au CNT;*
- *la mère doute de sa capacité à prendre en charge leurs enfants à domicile ;*
- *l'enfant est absent à une visite ou abandonne le programme.*

En effet, toute absence au CNA, CNT ou CNS doit faire l'objet de recherche par les RC et/ou les RV, dans le but de connaître le plus tôt possible la raison de l'absence et d'encourager les parents à revenir au centre. Une des ONG rencontrées sur le terrain utilise la communication par téléphone entre RCS et RC pour retrouver les perdus de vue. Des crédits de téléphones sont remis à ces agents pour cette activité. De plus, les volontaires munis d'un moyen roulant menaient plus régulièrement le suivi à domicile que ceux qui n'en avaient pas. Ceux-ci ont évoqué le problème de distance pour justifier le fait qu'ils n'effectuaient pas le suivi à domicile.

#### 4.1.4 Sensibilisation et éducation pour la nutrition/santé

Selon le protocole national, la sensibilisation vise à

- *faciliter la compréhension du problème de la malnutrition en informant la communauté sur ses signes, ses causes, ses conséquences et le rôle de la communauté dans sa prise en charge*
- *informer sur les activités nutritionnelles existantes pour la prise en charge des enfants malnutris*

Les campagnes d'éducation quant à elles visent à :

- *permettre aux parents de donner des soins adéquats à leurs enfants et de leur apporter une alimentation saine, variée et équilibrée;*
- *éviter les maladies courantes*

Ces pratiques sont à promouvoir au niveau de la communauté, des centres de santé et des hôpitaux.

Les parents d'enfants interviewés ont été informés de l'existence du programme par les RC et RV durant leurs activités de sensibilisation dans les villages à travers des réunions avec les groupements villageois et via les informations diffusées par la radio locale. Ils ont aussi assisté à plusieurs séances d'éducation dispensée dans les centres de santé. L'éducation reçue portait essentiellement sur l'hygiène corporelle, l'espacement des naissances, l'alimentation de l'enfant, le lavage des mains, l'utilisation et la conservation des ATPE, la consultation prénatale, l'allaitement maternel exclusif, l'eau potable, la vaccination. Ces enseignements sont en accord avec ceux recommandés dans le protocole national. Pour la plupart des mères, ces enseignements leur ont permis d'arrêter certaines pratiques dangereuses qu'elles acceptaient par ignorance, comme par exemple la scarification des enfants malnutris et l'ablation de leur luette pratiquées par les guérisseurs traditionnels. Ces scarifications infectaient les œdèmes et aggravaient les complications déjà présentes chez l'enfant.

D'après les responsables de programmes d'ONG rencontrés, les raisons expliquant le succès des activités communautaires dans leurs zones d'action étaient entre autres la bonne formation et la supervision régulière des ASC, le fait que ceux-ci étaient connus de la population et qu'ils recevaient des incitatifs ou un salaire (pour ceux employés à temps plein).

Les problèmes mentionnés à ce niveau étaient de trois ordres :

(1) l'utilisation d'outils de sensibilisation différents par chaque partenaire. Ces outils étaient importés d'autres pays dans lesquels ces ONG ont des activités de nutrition, et ils n'étaient pas tous adaptés au contexte local du Tchad et des camps de réfugiés du pays;

(2) l'absence d'harmonie entre partenaires dans le processus de sensibilisation et de transmission des messages;

(3) l'absence d'évaluation des effets de la sensibilisation dans la communauté.

## 4.2 Centres Nutritionnels Ambulatoires (CNA)

L'objectif des CNA est de traiter la malnutrition aiguë sévère sans complications médicales. Tout enfant en consultation dans un CS ou un hôpital, qu'il soit référé ou pas, doit être examiné selon l'approche PCIME<sup>28</sup>. Tous ceux âgés de moins de cinq ans doivent être pesés et mesurés, leur PB doit être pris et les œdèmes vérifiés en vue d'un dépistage de la malnutrition aiguë. Au Tchad les activités des CNA et des CNS se déroulent dans le même centre de santé, un enfant déchargé du CNA étant transféré au CNS, et vice-versa en cas de détérioration de sa situation nutritionnelle. Les activités des CNA sont essentiellement appuyées par l'UNICEF.

### 4.2.1 Capacité des CNA

En dehors des camps de réfugiés, tous les CNA font partie intégrante des centres de santé gouvernementaux. En plus des activités nutritionnelles ces centres de santé mettent en œuvre le paquet minimum d'activité du MSP. Un jour de la semaine est consacré aux activités nutritionnelles. Lorsqu'un enfant visite le centre en dehors de ce jour et qu'il est admis dans le programme, son prochain rendez-vous est fixé le jour du CNA.

Dix CNA ont été visités dans six régions<sup>29</sup>. Hors mis le centre Notre Dame des Apôtres (NDA) qui est sous la charge d'un médecin, chacun des CNA est dirigé par un RCS, avec 3 à 6 volontaires qui l'appuient dans les activités nutritionnelles telles que la prise des mesures anthropométriques, l'éducation à la santé des accompagnants, le test d'appétit, la distribution du Plumpy-nut et des rations de protection (rations alimentaires sèches). Théoriquement, un RCS devrait avoir la qualification minimale d'Infirmier Diplômé d'État (IDE), mais en raison de l'insuffisance du personnel qualifié, la majorité des centres de santé sont dirigés par les Assistants Techniques de Santé (ATS) ou parfois des aides-soignants.

*« Le succès du programme dépend de la qualité des gens qui sont sur le terrain. Mais le niveau de compétence du personnel local est faible et c'est cela le gros problème. Certains infirmiers affectés dans les zones reculées refusent d'y aller et rien n'est fait pour les y obliger »*  
Coordonnateur de programme, N'Djamena.

*« Les difficultés fréquemment rencontrées qui affectent la qualité des services sont le faible niveau d'éducation de plusieurs RCS et des bénévoles ».* Responsable de programme, Bar El Ghazel.

Beaucoup d'agents de santé et des volontaires se sont plaints de la charge du travail les jours de CNA, puisqu'ils travaillent parfois de 7h30 à 17h. Afin de pallier à ce problème certains RCS ont affirmé avoir demandé aux volontaires CNS de les aider durant les jours du CNA.

Durant la visite des sites les points forts suivant ont été relevés:

- La bonne organisation des sites avec une bonne gestion de flux des patients
- Le personnel était cordial et sympathique avec les patients
- La disponibilité de l'eau potable, des latrines, des bacs à ordures et des incinérateurs
- La disponibilité des équipements anthropométriques dans tous les centres et en bon état
- La disponibilité d'ATPE et des médicaments en quantité suffisante
- La présence du protocole national de prise en charge, des registres d'enregistrement et des formulaires de suivi des enfants
- La présence de nattes et de hangars utilisés comme espace/lieu d'attente pour les bénéficiaires

<sup>28</sup>Cadre stratégique et d'orientation de la PCIME communautaire au Tchad. 2007.

<sup>29</sup>Il s'agit des CNA de Mao centre, Mao Mosquée et Mampal dans le Kanem, Michémiré et Moussoro centre dans le Bar El Ghazel, Koundjourou dans le Batha, Sila dans le Guera, Abéché et Farchana dans l'Ouaddaï, Notre Dame des Apôtres (NDA) à N'Djamena.

- Les consignes à l'attention des agents de santé et des parents étaient affichées sur les murs

Les principales faiblesses observées durant les visites étaient l'absence de hangar dans certains centres (exemples des CNA de Mampal et de Sila).

#### 4.2.2 Activités dans les centres

D'après le protocole national, après les mesures anthropométriques et un examen clinique, chaque enfant admis dans le CNA devrait recevoir un numéro d'identification unique. Il doit garder le même numéro s'il est transféré d'un centre vers un autre et ceci jusqu'à la guérison, dans le but de faciliter son suivi et ses mouvements entre les différents sites (CNA/CNT/CNS). Il reçoit par ailleurs un traitement nutritionnel à base d'ATPE, un traitement médical systématique, en plus de l'éducation nutritionnelle et à la santé dispensée aux parents/accompagnants. Les mesures anthropométriques ainsi que l'examen clinique sont répétés une fois par semaine jusqu'à guérison. Dans les CNA appuyés par des ONG comme ACF, les parents reçoivent aussi une « *ration de protection* » pour la famille, dont le but est de limiter le partage du plumpy-nut dans les ménages.

La visite des sites a permis de faire les observations suivantes, pour ce qui sont des activités :

- Les mesures anthropométriques étaient correctement prises, le degré d'œdèmes bien apprécié, et les données bien enregistrées dans les registres par les agents de santé
- Le test de l'appétit était fait selon les recommandations du protocole national
- Le traitement médical et nutritionnel étaient administrés en fonction du poids de l'enfant
- Durant l'attente des mères sous le hangar, l'éducation nutritionnelle et à la santé leur était dispensée par un ASC
- Les fiches de rapports mensuels étaient correctement remplies par les agents de santé

Les faiblesses remarquées au niveau des activités étaient les suivantes :

- L'absence de recherche systématique des abandons par les RC et les RV pour des raisons de distance éloignée de certains villages et l'absence d'incitatifs.
- La non gratuité des soins médicaux aux enfants malnutris, en dehors du traitement systématique qui accompagne les ATPE. En effet, tout médicament ne faisant pas partie du kit du programme nutritionnel est vendu, en respect à la politique de santé nationale de recouvrement des coûts.
- L'irrégularité des supervisions des centres dans les régions non couvertes par les ONG, ces régions étant très vastes pour être supervisées par un seul responsable de programme UNICEF.
- Le numéro d'identification unique n'est pas systématiquement attribué à chaque enfant, ce qui ne facilite pas le bon fonctionnement du mécanisme de transfert et contre-transfert. Il est difficile de quantifier les mouvements entre CNT-CNA-CNS.

Certaines difficultés ont été aussi relevées par les parents d'enfants qui ont émis le souci que les agents de santé devraient prendre le temps pour consulter les enfants durant les visites de suivi, parce qu'ils ne le font pas assez souvent. C'est lorsque l'enfant commence à perdre du poids que cela attire leur attention, alors qu'ils auraient pu anticiper cela par un examen clinique régulier durant chaque visite. Les responsables de programmes du MSP (PFN, MCD, DSR) se sont aussi plaints du manque de moyens pour assurer la supervision des activités des agents de santé, plaintes nuancées par les partenaires appuyant le MSP, qui mentionnent plutôt une faible implication des autorités sanitaires dans la supervision des centres, malgré la mise à leur disposition de moyens logistiques. D'autres difficultés évoquées par les personnels soignants sont les problèmes d'insécurité dans les camps de réfugiés de l'Est du pays où ils doivent y aller et revenir chaque jour avec une escorte militaire. Cette difficulté les met très souvent dans une situation de stress permanent.

#### 4.2.3 Performances des CNA

Selon le protocole national, les critères permettant de juger la performance des CNA et CNS sont le taux de guérison, le taux de décès, le taux d'abandon, la couverture rurale, la couverture urbaine, et la couverture des camps. La durée de séjour et le gain de poids ne sont pas pris en compte, les autorités

sanitaires estimant que les RCS n'ont pas la capacité et le temps nécessaires pour calculer ces deux indicateurs. Ceux-ci sont néanmoins calculés par les ONG qui les prennent en compte pour évaluer les CNA/CNS sous leur supervision. Pour les CNA des régions du Kanem, du Bar el Ghazel, du Batha, du Guera, et des camps de réfugiés, ces indicateurs sont en accord avec les normes Sphère (tableau 4.2).

**Tableau 4.2 : Les indicateurs de performance pour les CNA**

	Normes Sphère	Kanem	Bahr El Ghazel	Batha	Guera	Ouadaï	Camps de réfugiés	Moyenne totale
Guérison	> 75%	87.5%	87.5%	86.6%	92.5%	-	87.8%	88.4%
Décès	< 10%	4.2%	4.2%	1.2%	1.3%	-	0.0%	2.2%
Abandon	< 15%	3.6%	3.6%	2.1%	6.1%	-	0.0%	3.1%
Couverture	> 50%	-	-	-	-	-	-	-
Couverture des camps	> 90%	-	-	-	-	-	-	-

Note :

Données pour l'année 2010 uniquement

Les données sur les indicateurs de performance CNA dans l'Ouadaï et N'Djamena n'étaient pas disponibles, de même que les informations sur la couverture du programme.

Il est à noter que ces trois indicateurs (taux de guérison, taux de décès, taux d'abandon) sont en accord avec les normes sphères aussi bien dans les régions sous la responsabilité des ONG que celles non supervisées par elles comme le Guera, où les activités des CNA sont sous la responsabilité des agents de santé gouvernementaux. Les mères d'enfants ont pour leur part évoqué une nette amélioration de l'état de leurs enfants durant le traitement dans les CNA, que ceux-ci soient supervisés ou non par les ONG, et elles en étaient très reconnaissantes.

## 4.3 Centres Nutritionnels Supplémentaires (CNS)

### 4.3.1 Capacité et activités des CNS

L'objectif des CNS est de corriger la malnutrition aiguë modérée. Les activités sont surtout appuyées par le PAM. Dans ces centres, les bénéficiaires reçoivent un supplément en ration sèche à base de CSB+ pour compléter le repas familial<sup>30</sup>. Le CSB++ ou des mélanges de produits alimentaires locaux à base de sorgho, mil, niébé, d'huile et de sucre peuvent aussi être utilisés. Ces mélanges de produits locaux devraient être enrichis avec des compléments de micronutriments. On y associe un traitement médical systématique constitué d'une supplémentation en vitamine A et le déparasitage pour les enfants nouvellement admis et âgés de 12 mois et plus. Le centre NDA à N'Djamena utilise essentiellement ces mélanges à base de produits locaux pour la prise en charge des modérés, puisqu'il ne reçoit pas le CSB du PAM.

Durant les visites de terrain l'accent était mis sur l'observation des activités dans les CNA. Celles des CNS ont été indirectement appréciées en interrogeant les bénéficiaires et les RCS. De façon générale, les RCS se sont plaints de la charge de travail les jours de CNS. Toutefois ces plaintes ont été nuancées par les responsables de programmes qui ont plutôt évoqué l'admission d'un nombre important d'enfants qui ne respectent pas les critères d'admission.

*« Nous avons remarqué que les centres de santé sont moins fréquentés en dehors des jours d'activités nutritionnelles. On a l'impression que ce sont les aliments distribués qui attirent plus les gens dans ces centres. Les rapports mensuels nous font nous demander si ce sont des centres de santé ou des centres de distribution alimentaire ».* Responsable de programme, Bar El Ghazel.

<sup>30</sup>Cette ration devra apporter environ 1000 à 1200 kcal/personne/jour. Les apports énergétiques sont de 10 à 15% d'origine protéique, 30 à 35% d'origine lipidique et 50 à 55% d'origine glucidique.

D'après ces responsables, l'irrégularité des supervisions des CNS expliquerait ces admissions inappropriées. Les agents responsables de la supervision ne sont pas suffisants en nombre pour couvrir tous les CNS existants de manière régulière. D'autre part le PAM éprouverait des difficultés à confier cette activité de gestion et de supervision des CNS aux ONG, qui les trouvent trop exigeantes sur le plan logistique, en plus de la pression subie de la part des communautés pour la distribution alimentaire. Pour pallier à ces difficultés logistiques certains responsables de programmes ont suggéré le remplacement du CSB par le supplementary-plumpy, comme cela se fait déjà dans certains pays. D'autres ONG comme MSF ont même suggéré de traiter les modérés avec le plumpy-nut, en raison des évidences scientifiques existantes sur l'efficacité de cet ATPE sur la prise en charge des modérés<sup>31</sup>. Cependant les coûts seraient plus élevés parce que la proportion d'enfants souffrant de cette forme de malnutrition est plus importante, en comparaison à la forme sévère.

L'option d'utiliser les aliments locaux pour la prise en charge des modérés – comme cela se fait dans le centre de santé NDA à N'Djamena – a aussi été évoquée par certains responsables de programmes. Dans un contexte de sécurité alimentaire chronique comme celui de la bande sahélienne et du pays en général, cette initiative, si elle est appuyée, pourrait booster la production et contribuer à l'amélioration de l'économie locale. Malheureusement il manque encore des évidences scientifiques sur lesquelles s'appuyer pour faire des recommandations dans ce sens.

#### 4.3.2 Performances des CNS

Le tableau 4.3 montre que pour toutes les régions les trois principaux indicateurs de performance sont en accord avec les normes Sphère, exceptée dans la région de l'Ouaddaï qui présente un taux de guérison faible et un taux d'abandon très élevé (33.4%).

**Tableau 4.3 : Les indicateurs de performance pour les CNS**

	Normes Sphère	Kanem	Bahr El Ghazel	Batha	Guera	Ouaddaï	Camps de réfugiés	Moyenne totale
Guérison	> 75%	90.8%	92.3%	87.0%	92.1%	<b>47.2%</b>	80.6%	81.7%
Décès	< 3%	0.1%	1.2%	0.0%	0.4%	0.0%	1.9%	0.6%
Abandon	< 15%	4.3%	5.3%	13.0%	3.4%	<b>33.4%</b>	0.0%	9.9%
Couverture	> 50%	-	-	-	-	-	-	-
Couverture des camps	> 90%	-	-	-	-	-	-	-

Certaines difficultés évoquées par les responsables de programmes étaient les suivantes :

- Le partage des aliments en famille
- La vente des produits sur le marché local
- Les RCS n'appliquent pas avec rigueur les critères d'admission et de sortie, parce qu'ils subiraient la pression de la communauté et admettraient des enfants qui ne devraient pas l'être dans le programme
- L'absence d'équipes mobiles CNS pour prendre en charge les enfants malnutris modérés vivants dans les populations nomades, en raison de leurs constants déplacements

#### 4.4 Centres Nutritionnels Thérapeutiques (CNT)

L'objectif du CNT est de traiter les enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère avec complications médicales. Les CNT sont situés dans les hôpitaux de district ou les hôpitaux de référence régionaux.

<sup>31</sup>Defourny I, Seroux G, Abdelkader I, Harci G. Management of moderate acute malnutrition with RUTF in Niger. Field Article. MSF, Niger, 2006.

Chaque région sanitaire visitée possède au moins un CNT, bien que tous les hôpitaux de référence ne soient pas couverts. Il existe un total de 17 CNT au Tchad, dont huit ont été visités durant le travail de terrain<sup>32</sup>. La région de N'Djamena bien qu'elle soit la plus peuplée et qu'elle contiendrait un nombre important d'enfants malnutris n'a pas encore de CNT fonctionnel. La raison évoquée est que pour le moment les programmes nutritionnels ont été conçus seulement pour les zones rurales. Cependant les responsables de programmes interviewés ont insisté sur l'importance de doter la capitale d'un CNT. Le seul CNA de la capitale reçoit beaucoup d'enfants malnutris avec complications médicales, mais n'a pas la structure et les ressources appropriées pour les prendre en charge. Ces enfants sont référés dans les hôpitaux pédiatriques mais leur traitement est problématique parce que le personnel de ces hôpitaux n'est pas encore formé à la prise en charge nutritionnelle et des complications médicales, et le traitement n'est pas gratuit dans ces hôpitaux. Par conséquent beaucoup d'enfants référés disparaissent dans la nature et meurent certainement par manque de soins. Des soucis similaires ont été rapportés dans les régions où la couverture des CNT est faible. Selon les agents de santé, les admissions dans les CNT sont de loin en dessous de ce qui devrait être en réalité, parce que beaucoup de villages sont très éloignés des CNT existants, d'environ 200 km pour certains. Le tableau 4.4 montre que seuls 12 districts sur 17 existants dans les régions visitées étaient couverts en CNT.

**Tableau 4.4 : Nombre de CNT existants en comparaison aux hôpitaux de district fonctionnels dans les régions visitées**

	<b>Districts sanitaires</b>	<b>Hôpitaux de district fonctionnels</b>	<b>CNT</b>
Kanem	4	4	3
Bar El Ghazel	1	1	1
Batha	3	3	2
Guera	4	4	4
Ouadaï	3	3	2
N'Djamena	-	-	0
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>17</b>	<b>12</b>

#### **4.4.1 Capacité des CNT en ressources humaines et équipements**

Cinquante-cinq agents de santé possédant les capacités d'assurer les activités dans le CNT étaient en poste au moment de l'évaluation (tableau 4.5). Chaque CNT était sous la responsabilité d'au moins un médecin, et les infirmiers étaient les plus représentés dans l'ensemble du personnel. En dehors des CNT d'Ati et d'Oumhadjer qui impliquent tout le personnel des hôpitaux hôtes dans les activités du CNT (y compris les gardes de nuit), les responsables de tous les autres CNT se sont plaints de l'insuffisance en personnels pour assurer les gardes de nuit et des weekends. Par conséquent la majorité des décès sont enregistrés pendant ces périodes.

<sup>32</sup>Il s'agit des CNT de Mao dans le Kanem, le CNT de Moussoro, les CNT d'Ati et de Oumhadjer dans le Batha, les CNT de Mongo et Melfi dans le Guera, et les CNT d'Abéché et d'Adré dans l'Ouadaï.

**Tableau 4.5 : Ressources humaines disponibles dans les CNT visités**

	District	Médecin	Infirmier	Assistant de phase	Hygiéniste	Total
<b>Kanem</b>	<b>Mao</b>	2	5	4	4	15
<b>Bar El Ghazel</b>	<b>Moussoro</b>	1	3	0	0	4
<b>Batha</b>	<b>Ati</b>	1	4	0	0	5
	<b>Oumhadjer</b>	1	4	0	0	5
<b>Guera</b>	<b>Mongo</b>	1	6	0	0	7
	<b>Melfi</b>	1	2	0	0	3
<b>Ouadaï</b>	<b>Abéché</b>	1	6	3	2	12
	<b>Adré</b>	1	3	0	0	4
<b>N'Djamena</b>		-	-	-	-	-
<b>Total</b>		<b>9</b>	<b>33</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>55</b>

Les points forts notés durant les observations des CNT étaient les suivants :

- Tous les équipements pour mesures anthropométrique étaient présents et en bon état
- Les lits étaient en nombre suffisants, mais vieux et en mauvais état dans les centres d'Ati, Mongo et Melfi. Le CNT de Mao avait juste des matelas habillés en lieu et place des lits
- Les laits thérapeutiques étaient disponibles en quantité suffisante
- Le protocole de prise en charge et les formulaires de suivi des enfants étaient présents
- Le personnel était formé sur le protocole de prise en charge, à l'exception de celui du CNT d'Adré qui réclamait une mise à jour de leurs connaissances
- L'éducation sanitaire et nutritionnelle était faite par les infirmiers et les assistants de phase
- Le suivi régulier du jour des enfants était assuré par les médecins

Quelques faiblesses ont été notées, entre autres :

- L'absence d'aire de jeu et de jouets dans tous les CNT, excepté celui de Mao. Bien que recommandés dans le protocole national, l'achat et la livraison des jouets dans les CNT ne sont pas encore effectifs.
- L'absence d'extracteurs d'oxygène et d'aspirateur dans 6 CNT sur 8

#### 4.4.2 Activités dans les CNT

D'après le protocole national, dans les CNT les patients sont pris en charge en interne 24h/24. Le traitement diététique se déroule en deux phases avec l'utilisation des laits thérapeutiques F75 et F100, puis l'introduction de l'ATPE à la fin de la deuxième phase pour préparer l'enfant à son transfert au CNA. S'y associe un traitement médical systématique à base d'antibiotiques, la vaccination contre la rougeole, la prise en charge des complications et la stimulation psychomotrice. Après la disparition des complications les patients doivent continuer leur traitement dans le CNA le plus proche du ménage, jusqu'à guérison. Dans le cas où le CNA est très éloigné du ménage le traitement se fait jusqu'à guérison dans le CNT. Durant le séjour dans le CNT les mères reçoivent des rations sèches et des vivres frais qu'elles cuisinent pour leur alimentation.

Durant les visites des CNT les observations suivantes ont été faites :

- Les mesures anthropométriques étaient correctement prises, le degré d'œdèmes bien apprécié, et les données bien enregistrées dans les registres

- Le traitement médical et nutritionnel était administré en fonction du poids de l'enfant
- Durant l'attente des mères sous le hangar, l'éducation nutritionnelle et à la santé leur était dispensée par un ASC
- Les fiches de rapports mensuels étaient correctement remplies par les agents de santé

Les faiblesses notées dans les CNT étaient les suivantes

- L'absence d'activités d'éveil psychomoteur pour les enfants
- La non gratuité des soins médicaux et des examens biologiques
- Le non-respect du protocole dans certains centres comme Mongo, Mélfî, Adré, qui présentaient une durée du séjour plus longue dans chaque phase du traitement, par exemple 30 jours sous F100
- Une insuffisance dans la compilation des données quantitatives relatives aux tendances d'admission et de sortie du CNT, ainsi que sur les indicateurs de performance
- L'irrégularité des supervisions mentionnée par les agents de santé

D'après les coordonnateurs de programmes, la prise en charge hospitalière nécessite encore beaucoup d'amélioration. Il existe des problèmes de référence lorsque les partenaires de mise en œuvre sont différents pour chacune des composantes du programme. Par exemple lorsqu'un enfant est référé de la communauté et/ou d'un CNA par une ONG différente de celle qui gère le CNT, son admission est parfois difficile et la contre référence inexistante, parce que la philosophie et les outils utilisés par ces ONG sont différents.

#### 4.4.3 Performances des CNT

Les indicateurs de performance dans les CNT montrent un taux élevé de décès dans les deux régions du Kanem et du Bar El Ghazel pour lesquelles les données étaient disponibles (tableau 4.6). D'après les responsables de programme, les raisons de ce fort taux de décès sont entre autres

- l'arrivée tardive des enfants dans les CNT, les mères amenant l'enfant malnutris prioritairement chez les guérisseurs traditionnels, puis lorsqu'il y a échec de traitement elles les emmènent dans un état dégradé au CNT, où ceux-ci décèdent dans les 24 – 48 heures après admission
- le refus de la pose de la sonde naso-gastrique (pour le gavage) par les mères d'enfants parce qu'elles n'y sont pas habituées
- l'absence de surveillance rigoureuse pendant les nuits et les week-ends
- le refus d'hospitalisation par certaines mères, surtout lorsque le mari est absent du ménage ou de la région

**Tableau 4.6 : Les indicateurs de performance pour les CNT**

	Normes Sphère	Kanem	Bahr El Ghazel	Batha	Guera	Ouaddaï	Camps de réfugiés
Stabilisation	-	80%	45.6%	-	-	-	-
Décès	< 10%	10.6%	17.5%	-	-	-	-
Abandon	< 15%	11.7%	12.2%	-	-	-	-
Couverture	> 50%	-	-	-	-	-	-
Couverture des camps	> 90%	-	-	-	-	-	-

Note :

Données pour l'année 2010

Les données sur les indicateurs de performance CNT dans les régions du Batha, Guera, l'Ouaddaï et les camps de réfugiés n'étaient pas disponibles.

Bien que les taux de décès soient élevés, les parents d'enfants interviewés dans les CNT étaient pour la plupart satisfaits de la prise en charge, parce qu'ils ont remarqué une amélioration de la santé de leurs enfants. Les mères ont toutefois réclamé l'amélioration des rations alimentaires qui leur sont distribuées pour leur consommation durant leur séjour au CNT, insinuant que celles-ci n'étaient pas assez variées.

## **4.5 Les ATPE : mécanismes d'approvisionnement et de transport, de stockage et de livraison**

### **4.5.1 Mécanisme d'approvisionnement et de transport**

Pour se procurer des ATPE, le programme nutrition du bureau national adresse ses commandes au département logistique qui les traite et les transfère à la centrale d'achats à Copenhague au Danemark. Celle-ci contacte les fournisseurs d'ATPE ainsi que les transitaires qui doivent assurer l'acheminement des produits. Les commandes sont en général anticipées et adressées à la centrale d'achats au moins trois mois à l'avance. La voie de transport la plus utilisée est la voie maritime, en comparaison à la voie aérienne qui est plus coûteuse. Les produits partent d'Europe jusqu'au port de Douala, d'où ils sont acheminés à N'Djamena par voie terrestre. De N'Djamena les ATPE sont acheminés dans les différentes régions sanitaires du pays par voie terrestre, via différents transporteurs qui ont un contrat avec l'UNICEF. En raison de la mauvaise qualité des routes dans certaines régions pendant la saison des pluies, le pré-positionnement de quantités importantes d'ATPE se fait avant l'arrivée des pluies dans les centres de santé de ces régions.

### **4.5.2 Mécanisme de stockage et de livraison**

A N'Djamena les ATPE sont stockés dans un grand entrepôt loué et entretenu par l'UNICEF. L'UNICEF a également installé un entrepôt dans chaque région sanitaire appuyée, localisé soit dans l'enceinte de l'hôpital régional ou de district, soit dans les locaux de l'UNICEF. Il est maintenu et gardé par du personnel recruté et payé par l'UNICEF. L'équipe a visité les entrepôts dans les différentes régions parcourues. Ils étaient spacieux, bien aérés et contenaient des palettes en nombre suffisants et en bon état. Les intrants étaient bien entreposés, et le personnel ne s'est pas plaint de problèmes de gestion de stocks. Les ATPE stockés étaient tous de bonne qualité, le personnel s'assurant que les dates de péremption sont respectées et que la qualité de l'emballage est bonne. Un des problèmes mentionnés par le personnel en capitale était leur insuffisance en nombre pour assurer les mouvements des produits dans le magasin, en plus de l'insuffisance en équipements appropriés comme un hister et les transpalettes pour soulever de lourdes charges.

Dès que les ATPE parviennent à N'Djamena, les dispositions sont prises pour qu'ils soient acheminés le plus tôt possible dans les régions sanitaires. Un stock de contingence est maintenu en capitale pour pallier aux éventuels cas d'urgence. Au niveau des régions les ATPE sont livrés selon les besoins spécifiés par les RCS. L'UNICEF prend en charge la logistique pour la livraison, mais implique aussi les ONG partenaires ; ce mécanisme aide à prévenir les ruptures de stocks dans les CNA.

*« Depuis début 2011 le problème des ruptures d'intrants dans les centres de santé a été résolu définitivement grâce à la disponibilité des fonds provenant des bailleurs et une meilleure anticipation des besoins au niveau national, ainsi qu'un lieu de stockage appartenant à l'UNICEF ». Responsable de programme, UNICEF.*

En résumé, le système de commande, de transport, de stockage, et de livraison des ATPE est parallèle au circuit d'approvisionnement en médicaments du MSP, et ce mécanisme est jugé plus efficace dans l'anticipation des commandes et la prévention des ruptures de stocks.

### **4.5.3 Acceptabilité des ATPE**

D'après les parents d'enfants interviewés, les ATPE sont très appréciés par leurs enfants, et ceci les aide à se rétablir rapidement. Un des problèmes mentionnés est la diarrhée que font certains enfants les 2

premiers jours du traitement. Mais cela se stabilise et l'enfant récupère normalement. Il y a également le partage des ATPE en famille.

*« Dans notre culture nous trouvons anormal qu'un enfant mange un repas sans partager avec les autres. Pour éviter que les autres enfants pleurent en voyant leur frère manger, nous sommes obligés de leur en donner aussi ».* Mères d'enfants, Batha.

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

## 5. ANALYSE DES FACTEURS TRANSVERSAUX DU PROGRAMME

Les stratégies de mise en œuvre de la PCMA au Tchad sont abordées dans ce chapitre. Il s'agit de la gestion basée sur les résultats, l'intégration dans le système national de santé et avec les autres politiques et programmes, la formation et le développement des capacités, le support technique et organisationnel de l'UNICEF, et enfin l'équité.

### 5.1 Gestion basée sur les résultats

La gestion basée sur les résultats consiste à définir les résultats attendus, les indicateurs de performance, le mode d'allocation des ressources, ainsi que la fréquence des revues et des évaluations au moment de la conception du programme. Ceci se traduit par

- une évaluation initiale et une planification stratégique
- un système d'information, de suivi et de rédaction des rapports

#### 5.1.1 Évaluation initiale et planification stratégique

D'après les recommandations globales de 2007, en vue d'initier un programme de PCMA, il serait intéressant de conduire une évaluation préalable des besoins qui fera suite à une planification stratégique. L'évaluation consistera entre autres à cartographier les services et initiatives de santé existants en partenariat avec les autorités locales et tous les autres acteurs clés et de définir clairement les rôles et les responsabilités<sup>33</sup>. Dans cette optique, le plan de coopération Tchad-UNICEF 2006 - 2011 présente un cadre logique qui définit clairement les résultats attendus du programme, les indicateurs objectivement vérifiables ainsi que les partenaires chargés de la mise en œuvre. L'accent est particulièrement mis sur *l'amélioration de l'accès au traitement, l'amélioration des connaissances, aptitudes et pratiques en matière d'alimentation du nourrisson, et l'amélioration de la couverture en matière de supplémentation et le déparasitage*<sup>34</sup>. La PCIMA s'insère dans ce plan, et pour ce faire le protocole national a été développé en 2007 puis révisé en mars 2011.

D'après les recommandations globales, les évaluations préliminaires devraient inclure au minimum une enquête nutritionnelle, une analyse causale de la malnutrition, et une analyse du système de santé local. Dans le contexte du Tchad, seule une enquête nutritionnelle SMART a été conduite en fin 2008 et les résultats ont donné une sonnette d'alarme pour intervenir urgemment dans la bande sahélienne. Le programme de PCIMA a donc démarré en réponse à cette crise nutritionnelle. Aucune autre évaluation préalable n'a été conduite par l'UNICEF. Pour ce qui est des ONG, une analyse causale de la malnutrition a été conduite par ACF, en plus de l'enquête nutritionnelle, mais l'analyse du système de santé local n'a pas été faite<sup>35</sup>. Les responsables de programmes ont été très tôt confrontés aux contraintes institutionnelles et s'y sont adaptés tant bien que mal. Ces situations auraient pu être anticipées si ces analyses avaient été conduites au préalable, ou bien juste après que l'urgence ait été contenue.

*« Le projet pilote de 2007 dans le Kanem n'a pas marché parce qu'une bonne évaluation des besoins au départ n'a pas été faite. Le bureau de l'UNICEF n'aurait pas dû envoyer une seule personne pour démarrer toutes les activités; ceci est une erreur qui a été commise dans toutes les régions. On a un peu agi à l'aveugle. Il aurait fallu au préalable évaluer les besoins structurels, logistiques et comportementaux et agir en conséquence...Plusieurs aspects du programme ont été négligés au moment de la planification comme par exemple les agents chargés de superviser les centres, les véhicules nécessaires pour le déplacement des responsables durant la supervision, la formation de l'équipe cadre du district en gestion des*

<sup>33</sup>WHO/WFP/SCN/UNICEF. Joint Statement on CMAM, 2007.

<sup>34</sup> Programme Coopération Tchad Unicef 2006 – 2011. Plan de travail Annuel 2011. Programme de Nutrition

<sup>35</sup>Évaluation socio-anthropologique pour l'amélioration des programmes nutritionnels du Ministère de la Santé Publique et d'Action Contre la Faim du district de Mao. Kanem, Tchad. Mai 2009.

*programmes nutritionnels et analyse des données, ainsi que la gestion des stocks...».*  
Responsable de programme, Kanem.

### **5.1.2 Système d'information, de suivi et de rédaction des rapports**

Le MSP du Tchad n'a pas un Système d'Information Nutritionnelle qui intègre les indicateurs de performance de la PCIMA. Les données du programme des différents partenaires devraient être compilées et analysées au niveau central, mais il n'existe pas encore de structure chargée de faire ce travail. Chaque partenaire analyse ses données et rédige son propre rapport qu'il ne met pas forcément à la disposition des autres, parce qu'il ne leur est pas redevable.

Au niveau régional et des districts, des fiches de rapports mensuels étaient présentes dans tous les centres durant la visite de terrain, et les RCS n'ont exprimé aucune difficulté à les remplir. Au niveau régional, le suivi est effectué par les Points Focaux Nutrition, qui collectent les données quantitatives des rapports mensuels de centres, produisent un rapport mensuel de la région qui est acheminé au bureau national de l'UNICEF. Ils ne sont pas encore dotés du matériel informatique pour effectuer cette tâche et pour le moment la collecte des données se fait manuellement. Toutefois les données qualitatives du programme comme par exemple les raisons d'abandons ou les thèmes discutés pendant la sensibilisation ne se sont pas encore collectées. Les Point Focaux Nutrition s'assurent également de la livraison des intrants dans les centres de santé, en collaboration avec les médecins chefs de districts. Les difficultés mentionnées par ceux-ci pour assurer le suivi du programme sont entre autres :

- l'insuffisance de personnels en nombre pour assurer les supervisions des centres
- la grande distance entre les centres de santé
- l'insuffisance de moyens logistiques pour assurer les déplacements
- le mauvais état des routes

Afin d'évaluer les effets du programme dans la communauté en général, l'UNICEF conduit des enquêtes nutritionnelles de suivi deux fois par an depuis 2009. Les résultats préliminaires de la plus récente enquête faite en septembre 2011 faisaient état d'une stabilisation, voire d'une réduction de la prévalence de la MAG et de la MAS dans certaines régions sanitaires appuyées. Une enquête de couverture initiée par le bureau national de l'UNICEF se déroulait en parallèle à la présente évaluation, et ses résultats devaient donner une idée sur la couverture du programme dans les différentes zones d'action.

## **5.2 Intégration de la PCIMA dans le système national de santé et avec les autres politiques et programmes**

L'intégration de la PCIMA est un des éléments importants pour assurer sa durabilité. Ce chapitre abordera deux aspects de l'intégration, à savoir l'intégration dans le système national de santé et l'intégration avec les autres politiques et programmes au Tchad. Ceci pourrait témoigner du degré d'appropriation du programme par les autorités locales.

### **5.2.1 Intégration de la PCIMA dans le système national de santé**

La conférence internationale tenue en 2008 à Washington a vivement recommandé l'intégration de la PCMA dans le système local de santé afin d'assurer sa pérennité<sup>36</sup>. Pour le moment il n'existe pas au niveau international une définition communément acceptée de l'intégration, ni des normes d'intégration. D'après Rifat Atun et al, l'assimilation d'une intervention dans un système de santé nécessite que ses composantes s'arriment avec les éléments clés du fonctionnement du système de santé<sup>37,38</sup>. La présente

<sup>36</sup>International Workshop on the Integration of Community-based Management of Acute Malnutrition. Washington DC. *Workshop Report*, April 28 – 30, 2008.

<sup>37</sup>Rifat Atun, Thyra de Jongh, Federica Secchi, Kelechi Ohiri and Olusoji Adeyi. Integration of targeted health interventions into health systems: a conceptual framework for analysis. September 2009.

<sup>38</sup>Rifat Atun, Thyra de Jongh, Federica Secchi, Kelechi Ohiri and Olusoji Adeyi .A systematic review of the evidence on integration of targeted health interventions into health systems. September 2009.

évaluation analyse l'intégration à la lumière du cadre conceptuel que ces auteurs proposent pour juger de l'adoption d'une intervention dans le système de santé. Ce cadre propose l'analyse des six dimensions suivantes :

1. Gouvernance – reddition des comptes, rédaction de rapports, gestion de la performance, coordination
2. Planification – évaluations des besoins, définition des priorités, allocation des ressources
3. Financement – collecte des fonds, méthodes de paiement
4. Délivrance du service – infrastructure, ressources humaines, systèmes de référence, guidelines, approvisionnement et gestion de la chaîne d'approvisionnement
5. Suivi et évaluation – infrastructure en technologie de l'information, collecte et analyse des données
6. Création de la demande – incitatifs, prévention – promotion et éducation

## **Gouvernance**

On parle d'intégration complète à ce niveau lorsque les mécanismes de reddition des comptes, de rédaction des rapports, de gestion de la performance du programme et de la coordination sont sous le contrôle des autorités locales. L'intégration est partielle si ces responsabilités sont partagées entre le système de santé et une ou d'autres organisations. Au Tchad le CNNTA n'a aucun contrôle total sur la gestion de la performance du programme et la rédaction des rapports. Aucun partenaire de mise en œuvre n'est redevable au MSP sur la gestion des activités. Chacun rend compte directement à son/ses bailleur(s).

Au niveau central la coordination se traduit par l'existence du cluster nutrition dont le leadership est assuré par l'UNICEF et non le MSP, représenté par le CNNTA. Celui-ci participe aux réunions mensuelles du cluster mais n'a aucun contrôle sur leurs préparations et leurs déroulements. Ces rencontres permettent essentiellement aux partenaires d'échanger les informations sur leurs différentes activités et de limiter les duplications parfois observées sur le terrain. Au niveau régional les réunions mensuelles de coordination se déroulent sous la responsabilité du délégué sanitaire régional. Bien que ces autorités sanitaires ne financent pas le programme, elles en assurent la coordination et la synergie avec les autres programmes mis en œuvre dans la région.

En matière de gouvernance on ne peut donc parler d'intégration dans le contexte du Tchad. Plusieurs responsables de programmes interviewés ont suggéré la mise en place d'un mécanisme national de coordination piloté par le CNNTA, la délégation sanitaire devant prendre le lead au niveau régional, s'impliquant activement dans les supervisions conjointes et la planification commune des activités.

## **Planification**

L'intégration est complète si les décisions en matière d'évaluation des besoins, l'identification des priorités et l'allocation des ressources sont faites par les acteurs qui en sont responsables dans le système de santé. Au Tchad toutes les activités nutritionnelles sont planifiées par les bailleurs et les acteurs de mise en œuvre avec une participation faible des autorités sanitaires locales. Celles-ci sont en général sollicitées uniquement au moment de signer les accords de mise en œuvre.

*« Au niveau central nous ne maîtrisons pas qui fait quoi et où. Nous n'avons aucune base de données disponible qui pourrait être exploitée. Rien n'est planifié au niveau ministériel. A mon avis les délégués régionaux sont plus actifs et impliqués dans les régions que ne l'est le niveau central ».* Coordonnateur de programme, N'Djamena.

## **Financement**

Le financement fait référence à la collecte des fonds pour appuyer la PCIMA et les moyens par lesquels ces fonds sont obtenus. L'intégration est complète lorsque l'intervention est entièrement financée par le budget national ou régional de santé. Dans le cas du Tchad, la malnutrition n'est pas considérée comme une priorité par les autorités gouvernementales; par conséquent aucun budget n'est alloué à la nutrition.

Néanmoins, le gouvernement contribue partiellement à la mise en œuvre des activités de la PCIMA à travers les infrastructures sanitaires et les ressources humaines. Un important plaidoyer est nécessaire pour inciter les autorités gouvernementales à mettre la nutrition dans leur agenda, et y allouer des ressources appropriées, comme c'est le cas par exemple pour les programmes comme le VIH. Actuellement ECHO est le plus important pourvoyeur de fonds pour la PCIMA au Tchad.

### **Délivrance du service**

Les services sont pleinement intégrés si leur délivrance se fait au sein des infrastructures sanitaires locales et sous la responsabilité des agents de santé gouvernementaux. L'intégration est partielle lorsque cette responsabilité est partagée entre les agents de santé gouvernementaux et du personnel spécifiquement recruté pour la PCIMA.

Au Tchad les activités appuyées par l'UNICEF sont délivrées dans les structures de santé du MSP et gérées par les agents de santé de l'État, bien que certaines ONG aient recruté des superviseurs pour assurer le suivi du programme, qui ne sont pas des agents santé gouvernementaux. Les activités nutritionnelles font partie du paquet minimum d'activités des centres de santé. Néanmoins le système d'approvisionnement et de gestion des ATPE est parallèle à celui du MSP, bien que dans certaines régions sanitaires ces intrants soient stockés au sein de l'hôpital de district. L'intégration de la délivrance des services est donc partielle dans le contexte du Tchad.

### **Suivi et évaluation**

Le système de suivi et d'évaluation est complètement intégré lorsque les infrastructures de technologie de l'information, la collecte et l'analyse des données sont assurées par les institutions en charge au sein du système de santé. Au Tchad, la collecte des données est faite par les points focaux nutrition, agents de l'État, qui les acheminent à l'UNICEF au niveau central. Le MSP, à travers le CNNTA ne regroupe pas les données du programme au niveau central. Celle-ci est faite par l'UNICEF et les autres partenaires de mise en œuvre qui les analysent et partagent les informations durant les réunions mensuelles du cluster nutrition. Pour le moment il n'existe pas un système d'information nutritionnelle incluant la PCIMA au sein du MSP. Le suivi et l'évaluation sont donc très partiellement intégrés, juste à travers l'implication des points focaux nutrition.

### **Création de la demande**

La création de la demande est caractérisée par l'utilisation d'incitatifs et d'activités de promotion et d'éducation des populations pour le changement de comportement, la sensibilisation communautaire et le plaidoyer. Elle est complètement intégrée lorsque les mécanismes utilisés pour créer ces incitatifs ou bien les activités d'IEC sont déployées par les agents de santé gouvernementaux, la demande étant ainsi créée à travers la mobilisation communautaire, la gratuité des soins et des ATPE. Dans le cas du Tchad, les activités du volet communautaire ne sont pas encore mise en œuvre par l'UNICEF dans toutes les zones d'action. Dans les zones sous supervision des ONG, la sensibilisation communautaire est assurée par des volontaires qui sont des relais communautaires ou des référents villages. Hors mis le traitement systématique, les soins de santé ne sont pas gratuits dans les CNT et CNA. La création de la demande n'est donc pas complètement intégrée dans le système de santé local.

#### **5.2.2 Intégration de la PCIMA avec les autres politiques et programmes**

Les enfants consultants dans les centres de santé sont examinés selon l'approche PCIME, ce qui permet de dépister les enfants malnutris. Cependant les activités d'autres programmes ciblant les mêmes bénéficiaires que la PCIMA devraient être coordonnées afin de promouvoir l'efficacité, l'efficacéité et la durabilité. Par exemple la PCIMA pourrait être intégrée aux programmes de VIH/SIDA ou des activités plus préventives de sécurité alimentaire. Pour mener à bien une telle initiative une coopération multisectorielle est indispensable, faisant appel aux partenaires opérant dans d'autres secteurs comme la l'éducation, l'eau, l'hygiène et l'assainissement (WASH), ainsi que la sécurité alimentaire. Au Tchad cette approche multisectorielle est partiellement mise en œuvre pour le moment, l'UNICEF réalisant de manière conjointe des activités de santé, de nutrition, de communication et de WASH (à travers la

construction des latrines, des points d'eau et des incinérateurs dans certains CNA). Certaines ONG associent en plus des activités génératrices de revenus et de sécurité alimentaire.

La principale difficulté rencontrée à ce niveau, telle que mentionnée par les responsables de programmes, est le ciblage des bénéficiaires. En effet, les bénéficiaires des programmes nutritionnels ne répondent pas forcément aux critères d'admission des programmes de sécurité alimentaire ou des autres programmes. Les différents clusters (nutrition, santé, sécurité alimentaire, WASH, etc.) devraient se réunir pour trouver un terrain d'entente sur ces critères, et les autorités gouvernementales devraient élaborer des politiques qui facilitent l'intégration de ces différents domaines.

### **5.3 Formation et développement des capacités**

En 2009, au moment du passage du programme à l'échelle, les agents de santé ont été formés sur le protocole national de prise en charge de la malnutrition aiguë. Ils ont été recyclés pour la plupart en 2011 après la mise à jour du protocole national. Un pool de formateurs impliquant des agents d'ONG, du PAM, de l'UNICEF et de la délégation sanitaire a été créé dans chaque région sanitaire. Ces agents ont aussi été formés à la conduite des enquêtes SMART, telle que prévue dans le programme de coopération Tchad-UNICEF<sup>39</sup>. La totalité de ces agents ont été formés sur le terrain et non durant leur cursus dans les écoles de santé du pays.

Au Tchad, comme dans plusieurs pays francophones d'Afrique subsaharienne il y a une insuffisance d'experts en nutrition. Ceci constitue un obstacle pour l'amélioration de la qualité et l'expansion du programme. Des initiatives devraient être prises afin de former plus de nutritionnistes en intégrant systématiquement la nutrition dans le curriculum des écoles de santé au Tchad, et en envoyant certains professionnels de santé se spécialiser en nutrition à l'extérieur du pays. Une évaluation des capacités existantes en nutrition, conduite en parallèle et au même moment que la présente évaluation devait donner une idée sur les capacités disponibles pour la mise en œuvre des programmes nutritionnels dans le pays.

### **5.4 Le support technique et organisationnel de l'UNICEF**

L'UNICEF a appuyé le MSP dans la mise en œuvre du programme à travers le développement du protocole national, la formation des agents de santé, l'achat et la livraison des intrants, le suivi des activités au moyen des supervisions et la conduite d'enquêtes nutritionnelles et de couverture. L'UNICEF a influencé aussi la désignation d'un Point Focal Nutrition dans chaque délégation sanitaire, recruté des consultants en nutrition, ainsi que l'embauche d'un médecin pour appuyer chaque district sanitaire (en collaboration avec le projet SAASDE). Certains responsables de programmes ont attiré l'attention sur la nécessité d'harmoniser les approches de supervisions conjointes entre les différents bureaux de l'UNICEF, en évitant de payer des perdiems aux responsables du MSP qui participent à ces activités dans une région, alors qu'ils ne sont pas payés dans d'autres régions.

D'autre part l'achat et la livraison des intrants a été faite de manière régulière. L'implication des Points Focaux Nutrition dans le stockage et la livraison des intrants a contribué à renforcer leurs capacités opérationnelles. L'UNICEF assure aussi le pilotage du cluster nutrition au niveau central. Dans les régions cette activité de coordination se déroule sous la supervision de la délégation sanitaire.

L'appui technique des différents bureaux régionaux s'est aussi fait régulièrement, bien que les responsables de ces bureaux aient réclamés plus de supervisions et de support technique. D'après eux, démarrer le programme n'a pas été facile, puisqu'ils n'ont pas été formés à la gestion ou la mise en œuvre du programme. Il serait important d'accompagner de manière constante ces responsables durant la période de démarrage du programme.

Le bureau UNICEF pays reçoit de temps en temps l'appui technique du bureau régional pour l'Afrique de l'Ouest et Centrale, ainsi que du support du siège pour la mise en œuvre du programme. Mais le personnel du bureau de pays en charge des activités nutritionnelles a besoin d'être renforcé en nombre.

---

<sup>39</sup>Programme Coopération Tchad Unicef 2006 – 2011. Plan de travail Annuel 2011. Programme de Nutrition

## 5.5 Équité: égalité de genre et atteinte des plus vulnérables

Le rapport publié récemment par l'UNICEF sur l'équité nous donne quelques orientations à considérer durant la planification de programme<sup>40</sup>. Il n'existe pas de directives internationales quant à l'équité pour la PCMA. Dans cette section l'équité sera abordée sur quatre aspects : (1) le ciblage des régions d'intervention, (2) le ciblage des bénéficiaires, (3) le personnel impliqué dans la livraison des services, (4) le rôle des pères et des aînés du village dans la prise en charge des enfants.

### 5.5.1 Le ciblage des régions d'intervention

La région sahélienne du Tchad est celle du pays qui souffre le plus de l'insécurité alimentaire, de la malnutrition, des aléas climatiques et de ses conséquences. C'est pour cette raison qu'elle a été privilégiée pour la mise en œuvre de la PCIMA à grande échelle. Plusieurs interviewés ont toutefois suggéré que par souci d'équité, il faudrait commencer à se préoccuper aussi des autres régions du pays qui pourraient contenir des poches de malnutrition. La capitale N'Djamena est un exemple illustrant cette préoccupation, puisque les résultats de la dernière enquête SMART ont révélé un taux de MAG élevé, de l'ordre de 14%<sup>41</sup>.

*« La couverture ne devrait plus désormais s'arrêter à la bande sahélienne. Dans l'avenir il faut étendre la prise en charge à d'autres régions qui connaissent les mêmes problèmes et parfois des problèmes beaucoup plus importants que ceux rencontrés dans la bande sahélienne...L'UNICEF et le PAM devraient revoir leurs critères de sélection des régions d'intervention. Ils doivent éviter de se fermer aux critères rural et urbain, et refuser d'intervenir à N'Djamena pour la seule raison que nous sommes en zone urbaine ». Responsable de programme, N'Djamena.*

### 5.5.2 Le ciblage des bénéficiaires Les populations nomades

Au Tchad comme dans presque tous les pays en développement, les populations les plus vulnérables sont celles constituées d'enfants de moins de cinq ans, les femmes enceintes et allaitantes, les personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA et d'autres maladies chroniques, les personnes âgées et les adolescents. Pour des raisons d'équité la PCIMA cible ces couches de la population.

D'autre part le Sahel contient des populations nomades, et pour les atteindre des équipes mobiles ont été mises en place dans certaines régions. Ces équipes ont pour objectif de dépister les enfants de moins de cinq ans vivant dans ces populations en suivant leurs mouvements. Un traitement médical et nutritionnel est administré à ceux qui souffrent de MAS. Leur suivi se fait par l'équipe mobile qui maîtrise leur itinéraire et anticipe leur arrivée en les attendant avec les intrants dans leurs différentes zones de campements. D'après les gestionnaires de programme cette activité de dépistage et de suivi des nomades se déroulent sans grandes difficultés pour les MAS, mais c'est plus difficile pour les enfants souffrant de MAM. Pour des raisons logistiques il est impossible de suivre ces populations avec du CBS.

*« Les activités des équipes mobiles se déroulent bien et les résultats sont bons. Mais il faut augmenter le nombre de ces équipes. Nous n'avons actuellement aucune solution pour les enfants malnutris modérés vivants dans les communautés nomades. Beaucoup d'entre eux qui ont été dépistés ne sont pas pris en charge faute de suppléments alimentaires. Les équipes mobiles devraient aussi couvrir les populations stables vivant dans les villages dispersés ». Responsable de programme, Bar El Ghazel.*

Les discussions avec les membres de la communauté ont également fait ressortir la difficulté pour les enfants nomades souffrant de MAS avec complications médicales d'être admis dans les CNT, parce qu'ils n'appartiennent pas à une zone responsabilité spécifique. Les RCS ont mentionné qu'en raison de

<sup>40</sup> UNICEF, "Guidance on Equity-Focused evaluations", draft July 2011; United Nations Evaluation Group (UNEG) "Handbook for Integrating Human Rights and Gender Equality Perspectives in Evaluations in the UN System", draft for review.

<sup>41</sup>Rapport préliminaire enquête nutritionnelle et de mortalité dans 11 régions du Tchad, du 16 août au 15 septembre 2011

la fréquente mobilité de ces populations, ils enregistraient beaucoup de cas d'abandons d'enfants malnutris nomades admis dans les CNT.

### **Les populations autochtones et les populations déplacées**

Les responsables de programmes et des membres de la communauté ont évoqué la frustration des populations hôtes des régions dans lesquelles se trouvent les camps de réfugiés parce que les CNT, CNA et CNS sont situés dans les camps alors que plusieurs villages autochtones qui sont dans le besoin n'en disposent pas. Les populations vivant à proximité des camps bénéficient des services offerts dans les centres nutritionnels, mais ce n'est pas le cas pour celles plus éloignées. Les populations déplacées et retournées ont aussi besoin d'assistance parce qu'elles ont tout perdu durant leur absence. Il serait donc juste et équitable de s'en préoccuper durant l'expansion du programme.

### **Le sexe des bénéficiaires**

Les données disponibles sur les admissions dans les centres nutritionnels n'étant pas désagrégées par sexe, il était impossible d'estimer la proportion d'enfants de sexe masculin par rapport à ceux de sexe féminin. Néanmoins les RCS, les volontaires, les mères d'enfants et les membres de la communauté ont affirmé qu'il n'y avait aucune discrimination par rapport au sexe dans le dépistage, l'admission et le suivi des enfants. Dans les communautés des zones d'intervention il n'y a pas de préférence particulière par rapport au sexe des enfants lorsqu'il s'agit de leur procurer des soins de santé.

#### **5.5.3 Le personnel impliqué dans la livraison des services**

Que ce soit les agents communautaires ou les RCS, le personnel chargé de mettre en œuvre la PCMA au Tchad est constitué à plus de 90% d'hommes. Les raisons sont que les femmes sont moins nombreuses à postuler pour les emplois à cause de leur scolarité plus faible et de la pression sociale. Certaines d'entre elles sont toutefois impliquées dans les activités communautaires et le suivi des enfants malnutris admis dans les CNT.

*« D'après notre expérience sur la mobilisation communautaire, les hommes prennent moins leur activité au sérieux que les femmes. Il faudrait impliquer davantage de femmes pour assurer le sérieux et la durabilité...elles sont plus conscientes et plus stables dans leur travail que les hommes qui migrent très souvent. Il y a des groupements de femmes déjà existants qui travaillent dans des projets communautaires de sécurité alimentaire dans lesquels on pourrait intégrer les activités de dépistage actif, de visites à domicile, de sensibilisation et de démonstrations culinaires ».* Responsable de programme, Kanem.

#### **5.5.4 Le rôle des pères et des aînés du village dans la prise en charge des enfants**

L'homme est le responsable de la famille dans la société tchadienne, et son autorisation est requise pour admettre un enfant malade à l'hôpital. L'admission d'un enfant souffrant de MAS avec complications dans le CNT se fait en général après approbation du père. L'admission était difficile lorsque le père était absent du ménage et que la mère devait prendre seule la décision. Dans ces cas les RC ou les RCS faisaient appel à la diligence des aînés ou des personnes influentes de la communauté, comme les imams ou les chefs de villages, pour convaincre la mère de rejoindre le CNT. Les pères et les aînés ont donc un rôle important dans la référence et l'admission des enfants au CNT. Les enfants étaient accompagnés par leurs pères dans certains CNT et CNA visités sur le terrain, bien qu'en général cette tâche soit dévolue à la femme. Ces pères étaient tous satisfaits du déroulement des activités du programme et appréciaient leurs effets positifs sur la santé de leurs enfants.



## 6. ANALYSE DES COÛTS DU PROGRAMME, OPTIONS POUR LA DURABILITÉ ET LE PASSAGE A L'ÉCHELLE

Ce chapitre présente les résultats de l'analyse des coûts, ainsi que les options pour la durabilité et le passage à l'échelle du programme. Cette analyse concerne les dépenses effectuées par l'UNICEF pour mettre en œuvre le programme durant la période de janvier à décembre 2010.

### 6.1 Le coût global

Pour l'année 2010, l'UNICEF a supporté la quasi-totalité de la prise en charge avec 10.435.309,05 USD du montant total dépensé de 11.028.093,33 USD, soit 95%. Le gouvernement tchadien a contribué à hauteur 592.784,28 USD, soit 5% du coût global (tableau 6.1). La participation du gouvernement s'est faite sous la forme d'un appui indirect, notamment les ressources humaines impliquées dans la mise en œuvre.

**Tableau 6.1 : Pourcentage de partage de coût UNICEF/gouvernement**

	Investissement		Fonctionnement		Coût Total	
	USD	%	USD	%	USD	%
UNICEF	408.912	3,7%	10.026.397,1	90,9%	10.435.309,05	94,6%
GOVERNEMENT	0	0,0%	592.784,28	5,4%	592.784,28	5,4%
<b>Total</b>	<b>408.912</b>	<b>3,7%</b>	<b>10.619.181,3</b>	<b>96,3%</b>	<b>11.028.093,33</b>	<b>100,0%</b>

#### 6.1.1 Coût d'investissement

L'investissement représentait environ 4% de la charge totale du programme et était entièrement financé par l'UNICEF. Dans la ventilation de cette composante du coût, une part importante revenait à l'achat de moyens roulants (véhicules et motos), qui ont absorbé 91% des dépenses d'investissement, soit 3,4% des dépenses totales du programme. Les autres postes de dépenses concernaient la réhabilitation, particulièrement la construction de hangars dans les centres de santé et l'aménagement des tentes. Ceux-ci représentaient 9% des dépenses d'investissement, soit 0,3% des dépenses totales du programme (tableau 6.2). Dans le contexte du Tchad, l'investissement du programme a donc été totalement pris en charge par l'UNICEF.

**Tableau 6.2 : Répartition du coût d'investissement en coût direct et coût indirect**

	Direct		Indirect		Coût Total	
	USD	%	USD	%	USD	%
Achat moyens roulants	372.512	91,1%	0	0,0%	372.512	91,1%
Réhabilitation	36.400	8,9%	0	0,0%	36.400	8,9%
<b>Total</b>	<b>408.912</b>	<b>100,0%</b>	<b>0</b>	<b>0,0%</b>	<b>408.912</b>	<b>100,0%</b>

#### 6.1.2 Coût de fonctionnement

Une estimation a été faite dans le calcul des coûts de fonctionnement afin de prendre en compte la participation de l'État, notamment la rémunération des agents de la fonction publique impliqués dans les activités du programme. Cette participation de l'État est considérée comme coût indirect de fonctionnement. Le coût global de fonctionnement supporté par l'UNICEF était à hauteur de 94% contre 6% pour l'État (tableau 6.3).

Dans les coûts directs de fonctionnement, c'est-à-dire les dépenses directes effectuées par l'UNICEF, l'achat, le transport et le stockage des ATPE représentaient 59,1% des dépenses, soit environ 57% des dépenses totales ; tandis que l'achat des médicaments représentait 13,6% des dépenses de fonctionnement, soit 13% des dépenses totales. L'achat, le stockage et le transport des intrants représentaient donc à eux seuls 70% des dépenses totales de fonctionnement du programme. Venaient ensuite les dépenses pour le personnel de l'UNICEF et celles allouées aux équipements de soin clinique, avec respectivement 12,2% (12% des dépenses totales) et 3,8% (3,6% des dépenses totales). Les dépenses pour les enquêtes nutritionnelles représentaient 2,2% (2,1% des dépenses totales).

**Tableau 6.3 : Répartition du coût de fonctionnement en coût direct et coût indirect**

	Direct		Indirect		Coût Total	
	USD	%	USD	%	USD	%
Matériel de bureau	142.587	1,3%	0	0,0%	142.587	1,3%
Médicaments	1.443.047	13,6%	0	0,0%	1.443.047	13,6%
Laits thérapeutiques	22.293,73	0,2%	0	0,0%	22.293,73	0,2%
ATPE (PlumpyNuts)	6.279.294,32	59,1%	0	0,0%	6.279.294,32	59,1%
Matériel de transport	203.190	1,9%	0	0,0%	203.190	1,9%
Équipements de soin clinique	404.449	3,8%	0	0,0%	404.449	3,8%
Personnel stables	1.295.976	12,2%	592.784,28	5,6%	1.888.760,28	17,8%
Enquêtes	235.560	2,2%	0	0,0%	235.560	2,2%
<b>Total</b>	<b>10.026.397,1</b>	<b>94%</b>	<b>592.784,28</b>	<b>6%</b>	<b>10.619.181,33</b>	<b>100%</b>

## 6.2 Coût par bénéficiaire

L'absence de données désagrégées par région et par composante a restreint l'étude à une analyse sommaire du coût total agrégé par bénéficiaire. Ce coût est obtenu comme suit :

Coût par bénéficiaire (Unitaire) = Coût Total (en USD)/Nombre total d'admis en 2010, soit  $11.028.093,33/56.098^{42} = 196,6$

*Pour un enfant admis dans le programme CNT et CNA combinés en 2010, les dépenses pour la prise en charge s'élevaient à 196,6 USD (soit 26,46% du PIB/habitant du Tchad en 2010), ceci quel que soit ce qu'est devenu cet enfant (guéri ou non, décédé ou perdu de vue)<sup>43</sup>. Ce coût par bénéficiaire aurait été plus précis si on avait les informations exactes sur le nombre d'enfants sortis guéris du programme. Par ailleurs, allouer les dépenses par région aurait permis de déterminer le coût par bénéficiaire et par région, et tirer des leçons par rapport à l'efficacité du programme.*

Ces résultats révèlent un énorme déséquilibre dans le financement de la lutte contre la malnutrition aiguë au Tchad. La faible implication du gouvernement apparaît avec 5% des fonds destinés au programme sous forme d'appui indirect. Il se pose à l'évidence la question de la prise en charge à long terme. Le gouvernement tchadien pourra-t-il venir à bout de la lutte contre la malnutrition aiguë qui frappe des milliers d'enfants dans ce pays en l'absence de l'appui financier des partenaires ?

## 6.3 Durabilité du programme et passage à l'échelle

A la lumière des analyses des coûts, il s'avère qu'au stade actuel de mise en œuvre de la PCIMA au Tchad trois facteurs influenceront la durabilité du programme : (1) une implication plus accrue du gouvernement afin de réduire les coûts ; (2) le financement à long terme du programme ; (3) la production locale des ATPE ou la réduction significative de leurs coûts.

<sup>42</sup> Le nombre total des admis dans le programme pour l'ensemble des régions couvertes en 2010.

<sup>43</sup> Le PIB par habitant du Tchad était estimé à 743 USD en 2010. Source: FMI, ESTIMATION 2010.  $(196,5862122/743) \times 100 = 26,46\%$

### **6.3.1 Implication plus accrue du gouvernement**

Il est primordial de faire le plaidoyer auprès du MSP afin qu'il s'implique davantage dans la PCIMA. Ceci devrait commencer par la restructuration et l'institutionnalisation du CNNTA dont le document de projet a été déjà élaboré par l'OMS en partenariat avec le MSP<sup>44</sup>. Un élément à considérer sérieusement est l'insuffisance en ressources humaines qualifiées. Un plan stratégique pour la formation et le déploiement des ressources humaines devrait être développé. D'autre part, le fait d'utiliser les structures locales de santé avec le personnel de l'État est une modalité de mise en œuvre qu'il faudrait perpétuer dans le but de réduire les coûts, renforcer les capacités, et augurer du transfert et de l'appropriation du programme.

### **6.3.2 Financement à long terme du programme**

Le financement du programme à long terme devrait aussi être envisagé. La PCIMA devrait être arrimée aux interventions de prévention, afin de mobiliser plus de ressources, y compris les ressources financières. Le gouvernement à travers le CNNTA devrait faire preuve de leadership dans cette initiative. Il s'avère donc nécessaire de rechercher les moyens d'assurer les financements à long terme de la part des bailleurs, tout en faisant le plaidoyer auprès du gouvernement pour l'octroi de ressources financières au programme.

*« Au Tchad dans le contexte actuel il est difficile de faire des projections sur le transfert du programme...Le gouvernement est très faible financièrement, et pendant longtemps le pays dépendra des fonds extérieurs pour la mise en œuvre de ce programme ». Coordinateur de programme, Kanem.*

### **6.3.3 La production locale des ATPE ou la réduction significative de leurs coûts**

L'achat, le stockage et le transport des intrants représentent un investissement important sur lequel agir aurait des implications directes sur le coût/efficacité du programme. Certains responsables ont suggéré la réduction des coûts d'achats des ATPE comme cela a été le cas pour les médicaments génériques, en initiant une négociation avec les fournisseurs pour cette réduction. Ceci permettrait d'investir plus de fonds dans le volet communautaire et la prévention, le suivi de la qualité des services et l'extension du programme.

---

<sup>44</sup> Projet de restructuration du Centre National de Nutrition et de Technologie alimentaire (CNNTA). Mai 2011.

## 7. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Ce chapitre présente les conclusions et les recommandations pour l'amélioration du programme et son extension au Tchad, ainsi qu'un bref résumé des bonnes pratiques et les leçons apprises.

Ce chapitre présente les conclusions et les recommandations pour l'amélioration du programme et son extension au Tchad, ainsi qu'un bref résumé des bonnes pratiques et les leçons apprises.

### 7.1 Conclusions

Les conclusions sont élaborées en rapport avec les termes de référence de l'évaluation au Tchad, développés d'après les critères standards d'OCDE/DAC, tel que présenté en annexe 8.

#### ***Pertinence du programme***

1. How well has the CMAM programme strategy evolved and to what extent were specific interventions designed according to the local context, needs and priorities?

Les activités de prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë ont démarré en 2004 dans les camps de réfugiés et de déplacés de l'Est du pays. En avril 2007, l'UNICEF a appuyé le MSP pour le développement du protocole national de prise en charge de la malnutrition aiguë, qui a été piloté dans trois centres de santé gouvernementaux de la région du Kanem. Le passage à l'échelle du programme a démarré en 2009 en réponse à une crise nutritionnelle dans la bande du Sahel, et grâce à une mobilisation importante des ressources financières et humaines par l'UNICEF et plusieurs autres partenaires en vue de contenir les taux élevés de malnutrition aiguë. Actuellement, le gouvernement tchadien a fait du partenariat un élément important de la mobilisation des ressources pour la mise en œuvre du programme dans le pays.

Le protocole national a été mis à jour en mars 2011 et les agents de santé ont été formés à son utilisation. Plusieurs infrastructures sanitaires ont été réhabilitées dans les zones d'intervention, et l'UNICEF appuie actuellement 11 régions localisées dans la bande sahélienne. Le dépistage actif et passif a permis d'identifier les enfants malnutris et de les prendre en charge avec les aliments thérapeutiques et les suppléments alimentaires, et la situation nutritionnelle des enfants de moins de cinq ans s'est sensiblement améliorée dans certaines régions appuyées. Cependant le fait de ne pas impliquer les guérisseurs traditionnels (qui sont très respectés et fréquentés par les mères d'enfants) dans le dépistage et le traitement des enfants malnutris limite l'accessibilité au programme (recommandation #7).

La PCIMA est donc une intervention pertinente qui permet de traiter efficacement les enfants malnutris aiguës dans le pays. Toutefois, il faudrait faire un plaidoyer auprès des autorités gouvernementales afin qu'elles s'impliquent davantage en y attribuant plus de ressources financières et humaines, et assurer ainsi la durabilité (recommandation #9).

2. How appropriate and adequate is the global guidance on CMAM for local or national needs including aspects related to needs assessment, programme planning/design, management /quality assurance, monitoring and evaluation?

Bien que le volet communautaire ne soit pas encore suffisamment développé dans le pays, le design du programme au Tchad est une adaptation des recommandations sur le plan global, avec les quatre composantes. D'autre part, d'après ces recommandations globales, les évaluations préliminaires avant la mise en œuvre du programme devraient inclure au minimum une enquête nutritionnelle, une analyse causale de la malnutrition, et une analyse du système de santé local. Dans le contexte du Tchad, seule l'enquête nutritionnelle a été conduite, et depuis 2009, l'UNICEF conduit des enquêtes nutritionnelles de suivi deux fois par an dans le but d'évaluer les effets du programme dans la communauté en général.

Il n'existe pas encore un Système d'Information Nutritionnelle qui intègre les indicateurs de performance de la PCIMA. Chaque partenaire de mise en œuvre collecte et analyse ses propres données du programme. Il serait judicieux de planifier des évaluations régulières de la PCIMA et y allouer des ressources depuis la conception du programme (recommandation #6).

Par ailleurs, les besoins en ressources humaines n'ont pas été anticipés, et les responsables de programmes ont été confrontés à cette contraintes qui affecte la qualité des activités.

Les normes Sphères sont utilisées pour évaluer la performance du programme, mais il manque des indicateurs pour le dépistage, les rechutes, les réadmissions, les références et les suivis à domicile (recommandation #8). Le volet communautaire devrait n'est pas encore déployé à grande échelle, et il faudrait adapter les outils et harmoniser l'approche de sensibilisation entre les différents partenaires (recommandation #7).

### 3. How adequate is UNICEF's technical and organisational support to the planning and implementation of CMAM?

L'UNICEF appuie les délégations sanitaires dans la formation du personnel, la livraison du matériel, des médicaments essentiels et des ATPE. Cependant, au niveau national, l'insuffisance d'experts en nutrition est une contrainte pour le déploiement des activités, l'expansion du programme et l'amélioration de la qualité des services. Des initiatives devraient être prises afin de former plus de nutritionnistes en intégrant systématiquement la nutrition dans le curriculum des écoles de santé au Tchad, et en envoyant certains professionnels de santé se spécialiser en nutrition à l'extérieur du pays (recommandation #5).

### ***Efficacité et couverture du programme***

### 4. To what extent have the expected outputs and outcomes been realised through the CMAM programme? If there are shortfalls, what are the contributing factors?

Plusieurs structures sanitaires ont été réhabilitées, avec la construction de latrines, de hangars et d'incinérateurs. La sensibilisation de la population leur a permis de prendre conscience du problème de malnutrition et des pratiques de soins néfastes aux enfants.

Les indicateurs de performance des CNA montrent qu'ils sont en général en accord avec les normes Sphère, et les facteurs expliquant ces bons résultats sont entre autres la disponibilité d'ATPE et des médicaments en quantité suffisante, ainsi que l'application aussi rigoureuse que possible du protocole national par les agents de santé. Les insuffisances notées étaient essentiellement la non gratuité des soins médicaux aux enfants malnutris, en dehors du traitement systématique qui accompagne les ATPE, et l'irrégularité des supervisions des centres de santé (recommandation #8).

Pour les CNT, les taux de décès étaient supérieurs à ceux recommandés par les normes Sphères, les raisons étant entre autres l'arrivée tardive des enfants dans les CNT, l'absence de surveillance rigoureuse pendant les nuits et les week-ends et le refus d'hospitalisation par certaines mères.

Quant aux CNS, les taux d'abandons étaient élevés. Les critères d'admission et de se sorties n'étaient pas respectés, à cause de la pression que subissent les RCS de la part de la communauté, et l'irrégularité des supervisions des centres.

Les données de performance du programme ne sont pas collectées systématiquement de tous les sites, ce qui rend difficile l'analyse et la comparaison des résultats, ainsi que l'appréciation des progrès dans chaque région. L'insuffisance de personnel qualifié limite les activités de supervision, de collecte systématique et d'analyse des données du programme. Des ressources humaines, financières et matérielles supplémentaires devraient être investies dans cette perspective (recommandation #6).

### 5. What is the estimated coverage of CMAM services against the national level need?

D'après le protocole national du Tchad, les activités de mobilisation communautaire devraient couvrir la totalité du territoire, mais seules 4 des 11 régions d'action de l'UNICEF mettaient en œuvre ces activités.

La couverture de toutes les composantes du programme est faible et devrait être améliorée (recommandation #12).

6. How developed and successful are the specific CMAM strategies (community outreach and mobilisation, screening/enrolment, feeding, treatment, information management, follow up) and the interventions (as per the programme logic model) in realising overall programme objectives?

Les activités du volet communautaire devraient s'étendre afin de couvrir plus de bénéficiaires ; dans cette optique il faudrait définir un statut de relais communautaire, et déterminer des moyens qui faciliteront les visites à domicile pour le suivi et la sensibilisation des bénéficiaires, ainsi que des outils qui vont permettre de jauger les résultats de ces visites, en termes d'application des conseils sanitaires et nutritionnels, la consommation des ATPE le respect du traitement médical (recommandation #7).

Le mécanisme de transfert et contre-transfert est faible, et il est difficile de suivre le mouvement d'un enfant entre les différentes composantes du programme (recommandation #8).

7. What is the contribution of the programme to national capacity-building among nutrition and health professionals and community workers, to policy and system/institutional development and to the engagement of the private sector and other key stakeholders? What conclusions can be drawn regarding the effectiveness of capacity building efforts?

Les agents de santé ont été formés à l'utilisation du protocole national. Un pool de formateurs impliquant des agents d'ONG, du PAM, de l'UNICEF et de la délégation sanitaire a été créé dans chaque région sanitaire. Ces agents ont aussi été formés à la conduite des enquêtes SMART, telle que prévue dans le programme de coopération Tchad-UNICEF. Le point Focal Nutrition dans chaque région appuyée s'assure que les activités sont déployées de manière harmonieuse, et telle que planifiées. Il leur manque des outils de travail tels que les ordinateurs pour la saisie des données collectées, ainsi que des moyens roulants pour la supervision régulière des activités.

Au niveau national, un plaidoyer actif auprès des autorités gouvernementales est nécessaire afin que la nutrition soit de plus en plus prise en compte durant les discussions et décisions (recommandation #1 et recommandation #12).

Étant donné que dans les régions (exceptée N'Djamena), la plupart des centres de santé sont gouvernementaux/publics, les guérisseurs traditionnels peuvent être considérés comme du « secteur privé ». Par conséquent, comme déjà mentionné plus haut, ils devraient être impliqués dans le dépistage et/ou le traitement des enfants malnutris.

8. What are the key successes in generating new knowledge by the programme? Are these well documented and disseminated within the country and outside? What are the knowledge gaps which still prevent expansion of services through larger investments in CMAM?

Au niveau national, les échanges sur la mise en œuvre du programme dans différentes régions sont faits durant les réunions du cluster nutrition. A ce jour aucune évaluation qui présente de manière compréhensive toutes les composantes du programme, impliquant les données collectées de tous les partenaires, n'a encore été conduite. La mise sur pied d'un Système commun d'Information de Nutrition permettra à l'avenir d'avoir une vue d'ensemble sur le déploiement des activités du programme à travers le pays (recommandation #6).

9. Are there any noteworthy good practices and lessons regarding overall programme effectiveness or the effectiveness of specific strategies, management modalities used?

Les quelques leçons apprises et les bonnes sont mentionnées sous la section des recommandations.

### ***Efficiency and quality of services***

10. How has the management aspect of CMAM evolved over time? How well understood and implemented are the current management mechanism including the roles and responsibilities of various staff and stakeholders? (See also integration below.)

La délivrance des services des CNT, CNA et CNS se fait à travers les structure locales de santé, impliquant le personnel du MSP, mais un plan d'intégration dans le système national de santé et de passage à l'échelle du programme dans le pays devrait être élaboré à l'attention des responsables de programmes (recommandation #3).

Par ailleurs, des efforts sont nécessaires pour initier les activités du volet communautaire, et améliorer la qualité des services par rapport au respect des critères d'admission et de sortie, le suivi des enfants à domicile, les mécanismes de référence et de contre-référence (recommandation #4, 8, 12). Des supervisions régulières sont nécessaires pour améliorer la qualité des services de la PCIMA au Tchad.

11. How systematically have the funds been allocated/utilised across programme strategies/activities to realise programme objectives? If there are delays/deviations in fund utilisation, how were these justified and what are the implications for attaining programme objectives? What lessons and recommendations can be drawn for the future?

L'investissement dans le renforcement des capacités et l'équipement des centres de santé ont permis de dépister et de traiter des enfants malnutris. Plus d'investissement devraient être dévolu au volet communautaire (recommandation #4 et recommandation #7).

Voire aussi à la faisabilité de la production locale des ATPE, l'utilisation des produits locaux pour le traitement des formes modérées de la malnutrition aiguë et des possibilité d'allouer plus de fonds à la prévention (recommandation #11).

12. What are per unit costs of CMAM in various contexts? Can any conclusions be drawn regarding cost-effectiveness / efficiency for treatment according to the CMAM programme in particular country contexts?

Le coût par bénéficiaire admis dans les composantes CNT et CNA est de 196,6 USD. Une allocation désagrégée des dépenses par région et par composante permettrait de mieux estimer le coût-efficience du programme (recommandation #6).

L'achat, le transport et la livraison des aliments thérapeutiques absorbent les deux tiers du budget alloué au programme, soit 59,1% des dépenses. Le coût de ces intrants devrait être réduit afin d'améliorer l'efficacité (recommandation #10).

13. How operational and effective are the coordination mechanisms at the country level (i.e. coordination by the Government, including different ministries and other implementing partners, stakeholders (other UN agencies, NGOs, donors, etc.)? If noticeable gaps are evident, how can they be addressed?

L'UNICEF coordonne le cluster nutrition au niveau national. Les différents partenaires du cluster se rencontrent une fois par mois, et durant les réunions, les données du programme sont partagées. Au niveau des régions ces rencontres se déroulent sous la coordination du Délégué Sanitaire Régional. Le rôle de l'UNICEF dans le partenariat est d'assurer la mise en œuvre cohérente du programme. Mais les autorités gouvernementales devraient s'impliquer davantage dans la coordination. Le CNNTA devrait être renforcé en ressources financières et humaines capables pour jouer le rôle de leader qui lui est dévolu (recommandation #5).

14. How timely and effective was UNICEF RO's and HQ's guidance and support in achieving overall goals and objectives of the programme? How successful was the coordination between NYHQ, RO and COs within UNICEF?

Le bureau UNICEF pays reçoit de temps en temps l'appui technique du bureau régional pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre, ainsi que du support du siège pour la mise en œuvre du programme. Mais le personnel du bureau de pays en charge des activités nutritionnelle a besoin d'être renforcé en nombre.

15. To what extent does the service delivery meet expected quality standards? What factors have contributed to meeting quality standards? Where quality standards are not met, what are the key bottlenecks/constraints that need to be addressed in order to meet quality standards?

(Voir aussi question 4 plus haut)

La qualité des services dans les CNA/CNS et CNT était en général bonne, à l'exception des critères d'inclusion et de décharges qui n'étaient pas bien respectés dans les CNS, pour les raisons mentionnées plus haut. Quelques structures de santé, notamment les CNT n'avaient pas d'airs de jeu pour les enfants.

Les trois indicateurs (taux de guérison, taux de décès, taux d'abandon) sont en accord avec les normes sphères aussi bien dans les régions sous la responsabilité des ONG que celles non supervisées où les activités des CNA sont sous la responsabilité des agents de santé gouvernementaux; ce qui voudrait dire que les agents de santé qualifiés et bien formés sont capables de bien gérer le programme.

### ***Durabilité du programme et passage à l'échelle***

16. What level of progress has been achieved to build CMAM programme's ownership by the Government and its integration in the national service health delivery system? What is the evidence regarding national and sub-national engagement and ownership of the CMAM? To what extent has national ownership of CMAM programme increased? What are the success factors and lessons learned? Where this has not occurred fully, what are the constraints and consequent lessons for the future? Is there any evidence of increased budgetary allocations at the national level?

L'intégration de la PCIMA dans le système de santé est minimale ou partielle. En effet, bien que les activités nutritionnelles fassent partie du paquet minimum d'activités des centres de santé, le système d'approvisionnement et de gestion des ATPE est parallèle à celui du MSP. La malnutrition étant chronique dans la bande sahélienne, la prise en charge durable des enfants passe par une bonne intégration des activités dans les structures locales de santé et une bonne intrication de la PCIMA avec les autres domaines d'intervention comme la sécurité alimentaire, l'eau, l'assainissement et la lutte contre la pauvreté (recommandation #1).

17. 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 CMAM interventions?

A la lumière des analyses, il s'avère qu'au stade actuel de mise en œuvre de la PCIMA au Tchad trois facteurs influenceront la durabilité du programme : (1) une implication plus accrue du gouvernement afin de réduire les coûts ; (2) le financement à long terme du programme; (3) la production locale des ATPE ou la réduction significative de leurs coûts.

Un autre élément à considérer sérieusement est l'insuffisance en ressources humaines qualifiées. Un plan stratégique pour la formation et le déploiement des ressources humaines devrait être développé (recommandation #5).

18. What are the issues and options related to the feasibility (administrative, institutional, technical, and financial) for replication and expansion? What are the risks related to sustainability that are related to discontinuation of external support? What plans/strategies/mechanism exist for programme phase out/closure?

Pour l'expansion du programme, des enquêtes nutritionnelles et des études de faisabilité devraient être conduites afin de prioriser les régions pour l'expansion.

A l'état actuel le programme ne pourrait pas perdurer dans le pays sans le financement externe. Les stratégies de sortie devraient être développées entre le MSP et les partenaires afin d'assurer l'appropriation du programme par les autorités locales (recommandation #3).

### ***Impact du programme***

19. Based on longitudinal data and other type of information, what conclusions can be drawn regarding the extent to which the programme contributes to a long-term improvement in the quality of life of the children treated through CMAM?

Les données disponibles ne permettent pas à ce jour d'évaluer l'impact. Néanmoins, pour ce qui est des effets, les enquêtes nutritionnelles conduites en mars et septembre 2011 ont montré des résultats qui font état d'une stabilisation, voire une amélioration de l'état nutritionnel des enfants de moins de cinq ans. Ces effets ont été attribués aux actions conjuguées de l'UNICEF et des différents partenaires en vue de prévenir une mortalité plus élevée dans ces régions.

20. How significantly has the programme contributed to either revitalize or place nutrition high on the national policy and developmental agenda?

Le Tchad n'a pas encore une politique de nutrition qui prend en compte de manière explicite la PCIMA et y attribut un budget ; par conséquent un plaidoyer actif devrait être fait auprès des autorités gouvernementales (recommandation #9).

### ***Facteurs transversaux du programme***

21. How effective is the vertical and horizontal coordination (involvement of various sectors) in planning and implementing CMAM? How strong is the national /sub-national engagement and ownership of CMAM programme (including national budget allocations)?

(Voir aussi question 13 plus haut)

Le cluster nutrition devrait faciliter la collaboration pour une planification conjointe des activités, impliquant activement le MSP dans la détermination des priorités et l'allocation des ressources (recommandation #1 et 2).

22. How adequate is the progress achieved in implementing a national policy on CMAM or in integrating CMAM components into existing policies? What more needs to be done? What lessons can be drawn?

Le plan de coopération Tchad-UNICEF 2006 - 2011 met un accent est particulier sur l'amélioration de l'accès au traitement, l'amélioration des connaissances, aptitudes et pratiques en matière d'alimentation du nourrisson, et l'amélioration de la couverture en matière de supplémentation et le déparasitage. La PCIMA s'insère dans ce plan, et le protocole national a été développé en 2007 puis révisé en mars 2011. Les enfants consultants dans les centres de santé sont examinés selon l'approche PCIME, ce qui permet de dépister les enfants malnutris. Cependant les activités d'autres programmes ciblant les mêmes bénéficiaires que la PCIMA devrait être coordonnées afin de promouvoir l'efficience, l'efficacité et la durabilité. Par exemple la PCIMA pourrait être intégrée aux programmes de VIH/SIDA ou des activités plus préventives de sécurité alimentaire. Pour mener à bien une telle initiative une coopération multisectorielle est indispensable, faisant appel aux partenaires opérant dans d'autres secteurs comme la l'éducation, l'eau, l'hygiène et l'assainissement (WASH), ainsi que la sécurité alimentaire (recommandation #1 et recommandation #2).

23. How systematically has institutional capacity development been pursued at all levels for long term sustainability of the programme? What more needs to be done?

Le fait d'utiliser les structures locales de santé avec le personnel de l'État est une modalité de mise en œuvre qui permet de renforcer les capacités institutionnelles, réduire les coûts et augurer du transfert et de l'appropriation du programme. C'est une approche qu'il faudrait perpétuer.

24. How adequate are the guidelines on various aspects of CMAM programming?

Les guidelines de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë (2011) est bien détaillé sur les aspects techniques, mais il ne décrit pas de manière explicite comment le protocole devrait être mis en œuvre. D'où l'importance d'élaborer un guide de la mise en œuvre du protocole national, définissant les étapes de planification, de mise en œuvre et d'évaluation des activités du programme (recommandation #2).

25. To what extent the technical support provided by various agencies is well-coordinated and responds adequately/coherently to various programmatic needs?

(Voir aussi les questions 13 et 21 plus haut)

Les partenaires ont des approches cloisonnées/isolées de mise en œuvre des activités. Seul le cluster nutrition (pour ceux qui y participent) permet d'échanger quelques informations, et la collaboration devrait être renforcée, notamment dans la planification conjointe des activités, qui préviendrait les duplications, optimiserait la qualité des interventions.

26. To what extent did gender equality exist in CMAM programmes in participation, decision making and access to CMAM services? Are there any issues related to gender, geographic or other form of equity in CMAM service delivery and access that are evident? What measures could be proposed to improve programme targeting?

Aucune discrimination n'a été observée par rapport au sexe dans le dépistage, l'admission et le suivi des enfants. Cependant le personnel chargé de mettre en œuvre la PCMA est constitué à plus de 90% d'hommes. La bande sahéenne du pays est la zone qui souffre le plus de l'insécurité alimentaire, de la malnutrition, des aléas climatiques et de ses conséquences, par conséquent elle a été privilégiée dans la mise en œuvre de la PCIMA à grande échelle. Il en est de même pour les camps de réfugiés.

Des enquêtes nutritionnelles devraient être conduites dans les régions en dehors de la bande sahéenne afin d'identifier les poches de malnutrition et intervenir à temps. Un accent devrait aussi être mis sur une plus grande couverture des populations nomades et des populations autochtones dans les régions où se trouvent les camps de réfugiés. Par ailleurs, plus de femmes devraient être employées dans la mise en œuvre des activités du volet communautaire (recommandation #12).

## 7.2 Recommandations

Cette évaluation a montré que la PCIMA est une intervention pertinente pour les enfants malnutris aigües vivant au Tchad. Le leadership du MSP et l'intégration du programme dans le système de santé sont des facteurs pouvant assurer sa durabilité et son expansion. Un partenariat fort entre l'Unicef, l'OMS, le PAM, les autres agences des nations unies, les ONG et le MSP est indispensable pour améliorer la qualité du programme en cours et assurer des effets durables sur les enfants de moins de cinq ans. Les recommandations ci-dessous pourraient aider à atteindre ces objectifs.

RECOMMANDATIONS DÉTAILLÉES	ACTEURS
<b>Politiques, Stratégie, Coordination et Plan d'action</b>	
1. Déterminer et renforcer les liens existants entre Développer un Programme National de Nutrition qui intègre la PCIMA et les autres programmes de survie de l'enfant actuellement mis en œuvre dans le pays. Dans cette optique, initier la rencontre des différents clusters du pays au moins deux fois par an afin de faire le point sur l'intégration et l'harmonie dans la mise en œuvre des différents programmes, et élaborer une planification et des évaluations conjointes. Ceci permettra d'améliorer l'efficacité et l'efficacite du programme.	<i>Le MSP doit prendre le leadership dans ce processus, qui sera appuyé techniquement et financièrement par</i>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• A la lumière de la cartographie des différents acteurs de nutrition dans le pays, le MSP devrait s'assurer que les politiques de santé et d'alimentation s'arriment avec la nutrition.</li> </ul>	<i>l'UNICEF et les autres partenaires</i>
<p>2. Élaborer une politique nationale de nutrition qui décrit document ou un guide de la mise en œuvre du protocole national, définissant les étapes de planification, de mise en œuvre et d'évaluation des activités du programme. Diffuser un tel document manuel auprès des acteurs de mise en œuvre et les former à son usage.</p>	<i>Le MSP doit initier l'élaboration du document, avec l'appui technique de l'UNICEF, l'OMS, le PAM et les ONG</i>
<p>3. Élaborer un plan stratégique d'intégration dans le système national de santé et de passage à l'échelle du programme dans le pays.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ce plan stratégique devrait contenir des indicateurs d'intégration qui illustrent les progrès enregistrés à chaque niveau d'implémentation du programme à travers le système de santé. Ceci va permettre de rendre systématique la prise en charge des enfants malnutris aiguës dans tous les hôpitaux et de maximiser la couverture.</li> <li>• L'UNICEF, en collaboration avec l'OMS et le PAM aussi doit appuyer le MSP à l'élaboration de ce plan et accompagner les responsables de programme du MSP au démarrage et à la gestion simultanée des activités des quatre composantes de la PCIMA.</li> <li>• Subventionner la prise en charge gratuite des enfants malnutris, afin d'améliorer l'accessibilité au programme, en incluant l'achat des médicaments essentiels dans le budget du programme. Au moment de conceptualiser chaque composante du programme, le principal partenaire responsable (l'UNICEF, l'OMS, le PAM ou l'UNHCR) devrait, en plus du traitement systématique, inclure l'achat des médicaments essentiels dans le budget du programme.</li> </ul>	<i>Le MSP doit élaborer le document, en stimulant la participation des autres ministères; Ce processus sera accompagné de l'appui technique et financier de l'UNICEF et des autres partenaires tels que l'OMS, le PAM, l'UNHCR et les ONG</i>
<p>4. Élaborer une politique de santé communautaire englobant la nutrition et les autres secteurs (comme la santé, la sécurité alimentaire, l'éducation, l'eau, l'hygiène, l'assainissement), qui définit un statut de relais communautaire dans le système de santé et qui détermine un paquet d'activités qui lui est attribué</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Impliquer les autres institutions qui utilisent les agents communautaires tels que le ministère des affaires sociales ou le ministère de l'éducation dans l'élaboration d'une telle politique.</li> <li>• Les activités devraient regrouper un ensemble de tâches à effectuer pour les différents programmes communautaires.</li> <li>• Ce statut devrait s'accompagner d'une rémunération ou d'une procédure formelle de reconnaissance du travail accompli par le relais communautaire.</li> </ul>	<i>L'UNICEF doit faire le plaidoyer auprès du MSP pour qu'il entreprenne cette démarche, en impliquant les autres ministères et les partenaires</i>
<p>5. Restructurer le CNNTA en l'appuyant financièrement, matériellement et techniquement dans son rôle de leadership en matière d'interventions nutritionnelles dans le pays.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Développer un plan stratégique pour la formation et le déploiement des ressources humaines qualifiées en gestion de programmes de PCIMA. Il pourrait s'agir de renforcer les capacités existantes sur le terrain comme le Point Focal Nutrition, qu'il faudrait former en gestion de programme et à l'analyse des données nutritionnelles. Il pourrait aussi s'agir de former plus de personnels de santé en intégrant l'enseignement de la PCIMA dans le curriculum des écoles de santé.</li> <li>• Mettre à la disposition du CNNTA du matériel, des locaux décentes et un budget</li> </ul>	<i>L'UNICEF, le PAM et la FAO devraient collaborer avec l'OMS pour voir à l'implémentation du plan de restructuration déjà développé par</i>

<p>pour son fonctionnement.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcer les capacités du personnel en l'impliquant activement dans la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du programme.</li> <li>• Désigner un responsable de la PCIMA au niveau du CNNTA qui sera dédié à la coordination et au développement des capacités, du suivi de la qualité des services, de l'approvisionnement en intrants, en collaboration avec les différents partenaires.</li> </ul>	<p><i>l'OMS en collaboration avec le MSP</i></p>
<p>6. Développer un Système d'Information de Nutrition géré par le CNNTA, permettant de centraliser les données relatives à toutes les composantes du programme dans une base unique. Cet outil devrait être accompagné d'un format standard de rédaction des rapports de programme. Afin de faciliter cette activité, il faudrait développer un outil informatique de collecte des données simple d'utilisation, qui devrait être mis à la disposition du Point Focal Nutrition. Cet outil devrait être accompagné d'un format standard de rédaction des rapports afin de pallier au mode de rédaction cloisonnée des rapports, tel qu'il se fait actuellement par les différents partenaires.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un personnel recruté devrait être spécifiquement dédié à l'analyse et la diffusion des informations nutritionnelles, ainsi qu'à la mise à jour régulière de la base de données.</li> <li>• Les données nutritionnelles et des coûts devraient être désagrégées par région, par composante, ainsi que selon le sexe et l'âge.</li> </ul>	<p><i>Le MSP/CNNTA doit initier le développement du projet. Il devra collaborer avec l'UNICEF qui apportera l'appui technique et financier nécessaires, de même que les autres partenaires.</i></p>
<p><b>Mise en œuvre du programme</b></p>	
<p><b>Volet communautaire</b></p> <p>7. Impliquer activement les guérisseurs traditionnels, les pères et les aînés, ainsi que les associations et groupements villageois dans le dépistage, la référence des enfants malnutris et la sensibilisation de la communauté.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurer le suivi de ces activités (mise en œuvre, collecte et analyse des données), par le recrutement des responsables de programmes dédiés spécifiquement à la gestion de la composante communautaire dans chaque région sanitaire appuyée. Confier au besoin la mise en œuvre de ces activités aux ONG locales.</li> <li>• Adapter les outils de sensibilisation aux populations cibles d'intervention, d'origines tchadiennes, soudanaises et centrafricaines.</li> <li>• Harmoniser l'approche de communication pour le changement de comportement entre les différents partenaires, en renforçant les systèmes de communication existants.</li> <li>• Utiliser les activités de santé communautaire déployées par le MSP telles que les JNV comme opportunités pour sensibiliser la population à la malnutrition et dépister les enfants malnutris.</li> </ul> <p><b>CNA/CNS/CNT</b></p> <p>8. Renforcer le mécanisme de transfert et contre-transfert existant en développant des outils simples d'utilisation qui permettent de suivre facilement les mouvements d'enfants entre les différentes composantes du programme, et s'assurer de la bonne utilisation de ces outils à travers les supervisions régulières des centres.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plaider auprès du gouvernement pour le recrutement du personnel supplémentaire pour le suivi et la supervision des activités des différentes composantes du programme.</li> <li>• Dans le cas de la mise en œuvre à travers les ONG, harmoniser les outils de travail entre les différentes ONG qui appuient les centres de santé, ou bien</li> </ul>	<p><i>Le MSP/CNNTA doit initier ces activités, en partenariat avec l'UNICEF, l'OMS, le PAM et les ONG</i></p>

<p>appuyer une seule ONG pour la mise en œuvre simultanée des quatre composantes du programme dans une localité donnée.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifier au sein des populations nomades une personne focale qui pourrait jouer le rôle de référent ou de relais communautaire, assurant le suivi des enfants admis dans le programme.</li> <li>• Systématiser la distribution des rations de protection dans tous les centres afin de standardiser la prise en charge des accompagnants et des familles dans tous les CNA, et diversifier la ration alimentaire distribuée aux mères dans les CNT.</li> <li>• Sensibiliser les mères sur l'importance des soins dans les CNT et les conséquences des soins faits à domicile, et les encourager à amener tôt les enfants dans les centres de santé.</li> </ul>	
<p><b>Durabilité et passage à l'échelle</b></p>	
<p>9. Faire un plaidoyer auprès du Gouvernement pour l'augmentation de sa participation aux dépenses du programme par l'octroi d'un budget à la nutrition. Plaider aussi auprès des bailleurs pour des financements à long terme permettant d'initier les activités du volet communautaire dans les régions d'action de l'UNICEF non couvertes par les ONG; d'augmenter le nombre de CNT, CNA, CNS et des équipes mobiles ; d'acheter l'achat des lits appropriés pour les CNT; de construire les aires de jeux, d'acheter et l'achat des jouets pour la stimulation psychomotrice des enfants; de financer les interventions visant à accroître la résilience des populations face aux questions de malnutrition et faisant le lien entre les activités d'urgence et de développement.</p>	<p><i>L'UNICEF, le PAM et l'OMS devraient promouvoir la mise en œuvre de l'initiative REACH auprès du gouvernement, afin de faciliter la préparation du plan d'action en lien avec cette recommandation, et établir les liens entre ce plan d'action et les ressources disponibles.</i></p>
<p>10. Voire à la réduction du coût des ATPE en conduisant une étude de faisabilité de sa production locale et appuyer le pays s'il a la capacité et qu'il manifeste l'intérêt de les produire à un coût plus bas. Négocier conjointement la baisse des prix d'ATPE auprès des fournisseurs.</p>	<p><i>Le MSP/CNNTA devrait conduire une telle étude, avec l'appui technique et financier de l'UNICEF</i></p>
<p>11. Voire à l'introduction de nouveaux produits ayant montré leur efficacité dans la prise en charge des enfants malnutris modérés, comme le Supplementary-plumpy ou les mélanges à base d'aliments locaux, en examinant les aspects tels que les coûts et la durabilité.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conduire des études sur les connaissances, aptitudes et pratiques (CAP) en matière de nutrition dans la communauté avant, pendant et après la mise en œuvre des activités communautaires afin d'évaluer leurs effets sur la population d'intervention.</li> <li>• Voire également aux possibilités d'investir dans la prévention, notamment les foyers communautaires et les démonstrations culinaires. Ces activités pourraient contribuer à améliorer la situation nutritionnelle générale et réduire à long terme les coûts du programme.</li> </ul>	<p><i>Le MSP/CNNTA doit initier cette démarche en collaboration avec les autres ministères (agriculture, éducation, affaires sociales, etc.), avec l'appui du PAM, de l'UNICEF et de la FAO</i></p>
<p><b>Équité</b></p>	
<p>12. Augmenter la couverture du programme afin de toucher les plus vulnérables, dans une perspective d'équité. De ce fait,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Augmenter le nombre des équipes mobiles afin d'améliorer l'accessibilité aux soins pour les populations nomades et celles des villages dispersés.</li> </ul>	<p><i>L'UNICEF, en partenariat avec le MSP, le PAM, l'OMS, la FAO et</i></p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre aussi l'accent sur la couverture des zones du pays en dehors de la bande sahélienne qui contiennent des poches de malnutrition, ainsi que des populations autochtones des régions où se trouvent les camps de réfugiés, et les populations déplacées de retour dans leurs localités d'origine.</li> <li>• Impliquer plus de femmes dans les activités du volet communautaire en raison de leur stabilité et de leur dévouement pour les activités de sensibilisation.</li> </ul>	<i>les bailleurs.</i>
--	-----------------------

### **Bonnes pratiques clés de la PCIMA au Tchad**

1. L'utilisation de l'approche PCIME pour tout enfant visitant le centre de santé permet à la fois un diagnostic clinique et anthropométrique. Ce qui permet de dépister les enfants malnutris et de les admettre dans le programme nutritionnel.
2. En l'absence du CSB des initiatives sont prises pour traiter les enfants malnutris modérés avec des suppléments alimentaires à base de produits locaux, ce qui pourrait avoir des effets favorables sur la production et l'économie locale à long terme s'ils sont adoptés par le MSP et tous les partenaires de mise en œuvre du programme.
3. L'anticipation des commandes, le pré-positionnement des ATPE dans les districts avant l'arrivée des pluies et l'implication des partenaires dans la livraison dans les centres de santé ont permis de prévenir efficacement les ruptures de stocks.
4. La conduite d'enquêtes nutritionnelles biannuelles (SMART) aide au suivi régulier des effets du programme et de faire les ajustements nécessaires.

### **Leçons apprises de la PCIMA au Tchad**

1. En dépit de la complexité du contexte du Tchad et des ressources limitées, la **mobilisation** de l'UNICEF et des autres partenaires pour appuyer le MSP dans la mise en œuvre du programme a permis de contenir la situation dans la bande sahélienne et de limiter l'aggravation de situation nutritionnelle des enfants de moins de cinq ans. La synergie d'action entre partenaires est importante dans des contextes complexes.
2. La mise en œuvre des activités des CNA se fait à travers les centres de santé du MSP, ce qui a favorisé une participation indirecte du gouvernement. D'autre part, malgré le faible niveau d'instruction des RCS, ils ont été formés sur le protocole national et sont parvenus à gérer les activités du programme; en conséquence les trois principaux indicateurs de performance des CNA sont en accord avec les normes sphères. En se limitant à ces résultats l'on pourrait affirmer que les agents de santé de l'État sont capables de gérer le programme s'ils sont bien formés et qu'ils sont supervisés régulièrement.

En comparaison aux CNA, CNS et CNT, la couverture des activités du volet communautaire est faible. De plus, l'absence d'un statut et d'incitatifs réguliers pour les volontaires affecte négativement leur motivation, particulièrement en ce qui concerne le dépistage et le suivi dans les villages éloignés. Par conséquent plusieurs enfants vivant dans la communauté ne sont pas dépistés, ce qui limite l'accessibilité aux CNA, CNS et CNT.

## Annexe 1: Calcul du coût du personnel stable Unicef

Grade	Salaire (USD)	N'Djamena		Kanem		BEG		Batha		Guera		Ouaddaï		Lac		Ennedi		HadjerLamis		Total	
		Nbre	Total	Nbre	Total	Nbre	Total	Nbre	Total	Nbre	Total	Nbre	Total	Nbre	Total	Nbre	Total	Nbre	Total		
L4	12500	2	25000		0		0		0	1	12500	1	12500		0		0	0	0	0	
L3	7000	1	7000	2	14000		0		0	1	7000		0	1	7000		0	0	0	0	
NOC	2400	1	2400		0		0		0		0	1	2400		0		0	0	0	0	
NOB	2066		0	2	4132	1	2066		0		0		0		0		0	0	0	0	
NOA	1500		0		0	1	1500	2	3000	4	6000		0	1	1500		0	0	0	0	
<b>Total</b>		<b>4</b>	<b>34400</b>	<b>4</b>	<b>18132</b>	<b>2</b>	<b>3566</b>	<b>2</b>	<b>3000</b>	<b>6</b>	<b>25500</b>	<b>2</b>	<b>14900</b>	<b>2</b>	<b>8500</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1295976</b>

## Annexe 2 : Estimation Coûts Indirects

### Dans les CNT

Personnel	Nombre	Temps (heures) moyen/mois consacré aux activités nutritionnelles	Total des heures allouées dans les 6 régions	Salaire (USD)	Coût Unitaire estimatif	Écarts	Coût total estimatif	Coût Annuel	Coût estimatif annuel des 11 régions
Médecins	9	120	1080	1500	1153,85	346,15	10384,65	124615,8	274154,76
Infirmiers	33	240	7920	235	362	-127	11946	143352	315374,4
ATS	0	0	0	176				12	26,4
Hygiénistes	6	5	30	150	4,8	145,2	28,8	345,6	760,32
Assistants de phase	7	14	98	150	13,5	136,5	94,5	1134	2494,8
Éducatrices	0	14	0	200	18	182	0	0	0
Volontaires	0	0	0	100				12	26,4
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>393</b>	<b>21615</b>				<b>22453,95</b>	<b>269447,4</b>	<b>592784,28</b>

### Dans les CNA

Personnel	Nombre	Temps moyen (heures)/mois pour activités nutritionnelles	Total heures dans les 6 régions	Salaire(USD)	Coût Unitaire estimatif	Coût total estimatif mensuel	Coût Annuel
Infirmiers	10	40	400	235	60,25	602,5	7230
ATS	3	40	120	176	45,12	135,36	1624,32
Éducatrices	0	0	0	0	0	0	0
Volontaires	4	40	160	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>120</b>	<b>2040</b>	<b>411</b>		<b>737,86</b>	<b>8854,32</b>

### Annexe 3: Personnel dans les CNA

Personnel	Kanem	BEG	Batha	Guera	Ouaddaï	N'Djamena
Médecins	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	1
Infirmiers	2	2	N/A	N/A	3	1
ATS	1	0	1	1	N/A	0
Volontaires	15	10	8	4	11	10
<b>CNA Visités</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

#### **Annexe 4: Estimation Population des onze régions en 2010 (RGPH2)**

	<b>Batha</b>	<b>Kanem</b>	<b>BEG</b>	<b>Ouaddaï</b>	<b>Guera</b>	<b>WadiFira</b>	<b>Sila</b>	<b>Ennedi</b>	<b>HadjerLamis</b>	<b>Lac</b>	<b>N'Djamena</b>
<b>Total</b>	527031	354603	260865	731679	553795	494933	289776	173606	562957	451369	993492

## Annexe 5: Répartition du nombre d'admis dans les onze régions

Région	Jan.	Fév.	Mar.	Avr.	Mai	Juin	Juil.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	TOTAL
KANEM	858	970	761	732	859	856	666	873	681	592	952	599	9399
BEG	393	456	494	488	508	637	502	445	694	648	581	955	6801
BATHA	0	0	0	0	132	399	692	405	444	632	235	409	3348
GUERA	600	309	283	410	684	529	597	594	1019	913	1233	683	7854
HADJER L.	0	0	0	0	1158	2093	2232	2401	2510	2617	1582	649	15242
NDJAMENA	115	186	105	145	135	175	184	201	117	118	165	53	1699
LAC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	462	682	1144
OUADDAI	240	290	335	320	456	590	666	933	975	1163	478	256	6702
SILA	191	206	255	291	313	351	259	267	185	296	98	76	2788
WADI FIRA	19	19	39	34	28	53	50	148	186	151	131	72	930
ENNEDI	14	24	27	20	16	40	17	13	11	9	ND	ND	191
<b>TOTAL</b>	<b>2430</b>	<b>2494</b>	<b>2453</b>	<b>2651</b>	<b>4555</b>	<b>5988</b>	<b>6133</b>	<b>6522</b>	<b>6822</b>	<b>7139</b>	<b>5917</b>	<b>4434</b>	<b>56098</b>

## Annexe 6: Dépenses en divers produits en 2010

Produits	Montant
LAPTOPs pour enquête SMART dans bande sahélienne-round 2	25805
Matelas plastifiés+couvertures en laine bande sahélienne	74603,17
Matelas plastifiés+couvertures en laine bande sahélienne	396,59
Matériel informatique Enquête SMART 2010 - 2EME PHASE	10253,45
Médicaments Génériques régions bande Sahélienne	51478,17
IMPRESSION OUTILS GESTION/SUPPLEMENTATION VITAMINE A/MEBENDA	3123,08
ZINC pour tous les districts sanitaires du Tchad	139545
SEL DE REHYDRATATION NOUVELLE FORMULE ET ZINC	355115,04
Laits thérapeutiques pour la bande sahélienne	22293,73
Petits équipements médicaux pour DS bande sahélienne	4170,26
Commande SRO nouvelle formule pour les DS Bande sahélienne	17976,01
Médicaments génériques PCIME districts bande sahélienne	53852,2
Médicaments anti paludique pour DS de la bande sahélienne	25420,27
Médicaments Génériques régions bande Sahélienne	48239,87
Commande MII LD pour CNT, CNA et pédiatrie bande sahélienne	70823,81
MATERIELS/EQUIPTS CASES PASSAGE MAO & MOUSSORO/BUREAU MAO	24355,51
Matériels électriques et matériaux de construction Mao/Moussoro	9645,59
Commande MII LD pour Enfants malnutris de la bande sahélienne	56290,98
Matériel anthropométrique pour les régions/ Bande sahélienne	31654,47
Plumpy-nuts for KANEM, BAHR EL GAZAL,	123875,51
Matériels anthropométriques	42517,33
Vitamine A campagne nationale2011/enfants tchadien 6-59 mois	2560,76
MEBENDAZOLE/CAMPAGNE NATIONALE DEPARASITAGE ENF. 6-59 MOIST1	65297,77
Plumpy-nut pour la bande sahélienne (Lac, Batha, Kanem, BEG)	180294,36
Médicaments/Laits thérapeutiques/ régions Bande Sahélienne	21569,16
Vitamine A campagne2011/enfants réfugiés 6-59 mois Est et Sud	85,67
Médicaments anti paludiques/ enfants malnutrition/bande sahélienne	28549,54
Ventilateurs, draps, moustiquaire, couvert pour CNT du Kanem/Bar El Ghazel	3864,16
LCD pour Antennes Kanem, Bar El ghazel, Guera, Batha et Programme Nutritionnel	5809,04
Kits pour clinique mobiles dans la bande sahélienne - urgence	27046,43
Matelas plastifiés+couvertures en laine/CNT Mao et Moussoro	3007,49
Plumpynut pour la bande sahélienne (Lac, Batha, Kanem, BEG)	534600,27
PlumpyDoz/ KANEM, BAHR EL GAZAL	492734,73
Plumpy nuts for KANEM, BAHR EL GAZAL,	1077999,25
Plumpy nuts for KANEM, BAHR EL GAZAL,	1261095,2

Filtre/eau, Couverture & matelas/alèzes pour CNT /Guera	5718,77
Rubhall pour la bande sahélienne	34019,1
Rubhall pour la bande sahélienne	102057,29
MEG POUR ENFTS 6-59 MOIS MALNUTRIS MODERES/BANDE SAHELIENNE	2547,97
MEG pr enfants malnutris sévères de la bande sahélienne	33182,32
App. photos numérique / Program Nutrition bande sahel	3033,48
CUEILLERES A CAFE POUR DISTRIBUTION DE PLUMPYDOZ	4995,05
Divers matériels programmes nutritionnels bande sahélienne	26792,68
Toyota Land Cruiser Hardtop 5 door 10 seater - 4x4 LHD,	46226,52
Toyota Land Cruiser Hardtop 5 door 10 seater - 4x4 LHD, MOSS	61532,83
Matériels pr Enquête SMART bande sahélienne	13481,9
Plumpy nuts for malnourished children in Chad Sahel area	328662,16
Nutrition kit	60932,91
Toyota Land Cruiser Hardtop 5 door 10 seater - 4x4 LHD,	89937,3
Toyota Land Cruiser Hardtop 5 door 10 seater - 4x4 LHD, MOSS	174814,94
Fournitures pr Enquête SMART bande sahélienne	2724,7
Fournitures pr Enquête SMART bande sahélienne	1430,38
Fournitures pr Enquête SMART bande sahélienne	1472,13
Clés USD et CD Rom pour enquête SMART	548
Reproduction outils de gestion	2540,42
LAPTOPs pour enquête SMART dans bande sahélienne du Tchad	10601,21
Matériels anthropométriques Enquête SMART Bande Sahélienne	42814,47
PLUMPYNUTS pour Bande Sahélienne	220793,22
Plumpy nuts for malnourished children KANEM, BAHR EL GAZAL	332119,25
Matériel/Équipement pour Ouverture Antenne UNICEF à Moussoro	29974,44
Complément Matériel informatique 2009 Bureau Unicef Kanem	8307,53
Compléments 200 photocopies Fiches pour Registre CNA	4154,19
Matériels anthropométriques/ MEG pour DSR Kanem et Barhel	37977,4
Matériels anthropométriques/ MEG pour DSR Kanem et Barhel	32583,63
Amoxicilline pour enfants malnutris sévères Kanem et Bar El Ghazel	76321,19
Médicaments/Laits thérapeutiques/ l'Est/	59533,42
Matériels anthropométriques pour Est à REMBOURSER FONDSCERF	4191,49
PLUMPY NUTS POUR L'Est remboursables sus fonds CERF	192014,62
PLUMPYNUTS pour Bande Sahélienne	353920,19
Plumpy nuts for KANEM, BAHR EL GAZAL,	538252,34
Matériel anthropométrique pour le Kanem et Bar El Ghazel - URGENT	11451,18
Essential Medicines/malnourished children Kanem/BEG-URGENT	22384,28
MEBENDAZOLE POUR LA CAMPAGNE DE DEPARASITAGE ENFTS 9-59 MOIS	31779,99

PLUMPY NUTS	41657,6
Essential medicines/ malnourished children in CHAD	65415,17
ALIMENTS THERAPEUTIQUES (PLUMPY NUTS)	85984,8
Essential medicines/ malnourished children in Kanem/ Bar El Ghazel	39417,68
MATERIELS POUR INSTALLATION IT A L'ANTENNE UNICEF DU KANEM	636,24
PRODUITS RENUTRITION /MALNUTRIS SEVERES KANEM /BARHELGAZAL	176268,73
Boîtes à images et pagnes pour Programme Nutrition	49654,18

# **Annexe 7: Termes de références bureau de pays Unicef, Tchad**

**UNICEF**

## **Termes de Référence**

**Consultants nationaux pour appuyer l'évaluation du programme de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë (PCIMA) supporté par UNICEF**

### **Evaluation Globale du PCIMA**

#### **1. But**

Le Bureau national de l'UNICEF au Tchad cherche des personnes pouvant appuyer une évaluation de son programme pour la prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë au Tchad.

Cette évaluation vise à renforcer les programmes PCIMA en cours afin de générer et disséminer systématiquement les évidences sur les expériences, à la fois avec données qualitatives et quantitatives que sur les processus, les produits, les résultats (y compris les adhésions aux standards internationaux de prise en charge de la malnutrition aiguë et à la qualité des services), la couverture et les possibilités de passage à l'échelle. Le Tchad est l'un des 5 pays participant dans le cadre de cette évaluation globale conduite par le bureau de l'évaluation de l'UNICEF à New York. Les leçons tirées de ces 5 études de cas ainsi que les recommandations seront utilisées par les Gouvernements nationaux, les agences des Nations Unies, ONGs et les bailleurs de fonds pour renforcer les programmes existant et faire le plaidoyer pour une mobilisation plus accrue de ressources pour des interventions ayant montré leur efficacité.

#### **2. Tâches à accomplir**

L'évaluation consistera en une analyse analytique des progrès réalisés dans la mise en place du programme PCIMA et permettra d'identifier les points forts, les bonnes pratiques et les gaps/contraintes. Une grande attention sera portée, dans les études des cas, sur l'examen de la performance du programme PCIMA, avec un questionnaire standard OCDE/DAC. Les critères de performance sont la pertinence du programme, son efficacité et son efficience, la qualité de services, l'impact (potentiel) et la durabilité des services. L'évaluation permettra aussi d'évaluer la pertinence d'un support du niveau global ou régional au programme PCIMA et les domaines d'appui. L'évaluation examine le processus et les résultats relatifs à toutes les composantes de la PCIMA : a) la mobilisation communautaire ; b) les soins en ambulatoire de la malnutrition aiguë sans complications médicales ; c) les soins en interne pour les enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère avec complications médicales et d) la prise en charge de la malnutrition aiguë modérée. Ceci permettra de générer des évidences sur 'ce qui a marché' et 'ce qui n'a pas marché' au niveau de toutes les composantes de la PCIMA, y compris la mobilisation communautaire et la sensibilisation, le dépistage, l'enrôlement des enfants dans le programme, le traitement et le suivi.

#### **3. Composition de l'équipe et conditionnalités**

L'équipe sera composée de 2 experts internationaux en évaluation (un responsable et un expert en nutrition). Une équipe de 4 consultants nationaux (un chercheur/évaluateur en nutrition, un expert en collecte des données, un gestionnaire/analyste de l'information et des données et un économiste en santé) seront aussi recrutés pour appuyer la collecte des données au niveau local et suivre le processus. Ces termes de références précisent les qualifications et expériences requises pour ces 4 consultants nationaux.

#### **4. Qualification et expériences requise pour les consultants nationaux est le suivant Chercheur/Evaluateur en nutrition (Niveau NOC)**

- Niveau universitaire avancé (Masters ou plus) en sciences sociales, de préférence dans un domaine ayant trait à la nutrition publique ou à l'épidémiologie
- Etre familier à la nutrition en situation d'urgence, aux politiques et aux programmes PCIMA
- Forte expertise en recherche ou évaluation, l'expérience de terrain est particulièrement recommandée
- Expérience dans l'organisation de réunions et ateliers, lesquels seront probablement utilisés comme moyen de collecte des données
- Habileté à conduire des interviews
- Bonne communication et contact facile, habileté à exprimer clairement ses idées, aussi bien oralement que par écrit
- Disponibilité à voyager dans les zones rurales/éloignées du Tchad
- Habileté à travailler harmonieusement en équipe
- Connaissances linguistiques: Bonnes connaissances du Français, oral et écrit. La connaissance de l'Anglais et des langues locales est un atout.

### **Economiste de la santé/nutrition (Niveau NOB)**

- Niveau universitaire avancé (Masters ou plus) économie de la santé
- Expérience (minimum 3 ans) dans la collecte et l'analyse des données de recherche en économie de la santé/nutrition
- Etre familier à la nutrition en situation d'urgence, aux politiques et aux programmes PCIMA
- Bonne communication et contact facile, habileté à exprimer clairement ses idées, aussi bien oralement que par écrit
- Disponibilité à voyager dans les zones rurales/éloignées du Tchad
- Habileté à travailler harmonieusement en équipe
- Connaissances linguistiques: Bonnes connaissances du Français, oral et écrit. La connaissance de l'Anglais et des langues locales est un atout.

### **Gestionnaire/analyste de l'information et des données (niveau NOB)**

- Niveau universitaire (Licence ou plus) en informatique/gestion des données
- Expérience en recherche ou en évaluation (minimum 2 années), y compris la collecte des données et compétences en analyse de données qualitatives et quantitatives
- Bonne communication et contact facile, habileté à exprimer clairement ses idées, aussi bien oralement que par écrit
- Disponibilité à voyager dans les zones rurales/éloignées du Tchad
- Habileté à travailler harmonieusement en équipe
- Connaissances linguistiques: Bonnes connaissances du Français, oral et écrit. La connaissance de l'Anglais et des langues locales est un atout.

### **Assistant de recherche (niveau NOA)**

- Niveau universitaire (Licence ou Maitrise) en sciences sociales, de préférence en santé ou nutrition
- Connaissances de base en recherche ou expérience en évaluation
- Expérience significative (minimum 2 années) de collecte des données de terrain utilisant des méthodes participatives, particulièrement des données qualitatives
- Bonne communication et contact facile, habileté à exprimer clairement ses idées, aussi bien oralement que par écrit
- Disponibilité à voyager dans les zones rurales/éloignées du Tchad
- Habileté à travailler harmonieusement en équipe

- Connaissances linguistiques: Bonnes connaissances du Français, oral et écrit. La connaissance de l'Anglais et des langues locales est un atout.

#### **5. Période de la mission**

La mission durera approximativement 3-5 semaines pour chaque membre de l'équipe. Elle commencera la première semaine du mois d'août

#### **6. Source de financement**

PBA SM/2011/170

TDR préparés par UNICEF HQ et vérifiés par BechirMahamat et Roger Sodjinou

TDR révisés par Yaron Wolman, Chef de section Santé/Nutrition

TDR autorisés par: Jean-Baptiste Ndikumana, Représentant Adjoint

TDR approuvés par: Marzio Babile, Représentant

## **Annexe 8: Termes de références bureau d'évaluation, Unicef New York**

**UNICEF**  
**TERMS OF REFERENCE**  
**EVALUATION OF COMMUNITY MANAGEMENT OF ACUTE MALNUTRITION**  
Evaluation Office, New York  
and  
Nutrition Section, PD, New York

### **BACKGROUND AND RATIONALE**

Severe acute malnutrition (SAM) threatens the survival of children under five years of age both in emergency and non-emergency settings. Recent estimates covering both emergency and non-emergency settings suggest that SAM affects about 20 million children under 5 years of age globally and contributes to nearly 1 million child death each year. With increased frequency and intensity of natural disasters and economic uncertainties around the globe, it is likely that a larger number of your children will remain affected by SAM in the foreseeable future.

Management of severe acute malnutrition (SAM) has evolved as a major programme intervention over several decades but it had limited reach, as it was tied to lengthy inpatient treatment in health facilities. Scaling up of programmes that addressed SAM was made possible just a few years ago when the advent of a ready to use therapeutic (RUTF) food and an innovative community-based approach made it possible to treat the majority of children in their homes. Large scale implementation of community management of severe acute malnutrition (CMAM) started recently after UN endorsement of the community-based approach in 2005.

CMAM strategy is comprehensive and covers both demand and supply aspects. The enabling environment component encompasses the policies, commitment of funds, coordination and technical support available to MoH and program implementers. Access to services is meant to address both inpatient and outpatient components for treatment and suggests linkages with formal and informal healthcare and community based organizations or systems. Access to CMAM supplies is identified as critical and includes both essential drugs and RUTFs usually requiring long-term donor commitment if beyond the capacity of governments. Service quality includes establishment of adequate guidelines, support and supervision for staff and monitoring and evaluation components. The competencies component is meant to address issues of training and support, as well as on-site monitoring and communication outlets through which practitioners can share experience.

UNICEF has made significant investments in a number of countries to scale up treatment of severe acute malnourished children through CMAM initiatives. Direct country-level support provided by UNICEF over the last 3 years has helped 42 countries to implement community based approach. Ethiopia, Niger, Sudan, Chad, Somalia and Pakistan are among countries where community-based management of acute malnutrition (CMAM) is most advanced. Currently UNICEF procures around 8,000 MT of RUTF which represents an investment in therapeutic feeding of 30 million dollars a year. Field screening methods have been streamlined to allow community health workers to easily identify children who are severely malnourished using anthropometric measurements of mid-upper arm circumference (MUAC).

To consolidate the achievements made and to further enhance and expand CMAM services, there is a need to generate concrete evidence on how well the global as well as country level strategies have worked including their acceptance and ownership in various contexts, appropriateness of investments in capacity development and supply components. Likewise, appropriate methodologies to assess coverage are required as integral part of the planning and result monitoring. Strengthening of regional and local technical capacity both of UNICEF staff and implementing partners has been identified as a key issue that needs to be examined systematically. In addition, the adequacy of information and surveillance systems

and their use in progress monitoring and decision-making need to be reviewed systematically to inform programme strengthening and expansion.

In most countries, CMAM is implemented by both government and NGOs with support from UNICEF and a host of other partners. In recent years, several reviews of CMAM have been conducted (AED 2009, AED 2008) however, there is a lack of evaluations which examine all key aspects of CMAM programming and programme effectiveness, efficiency, sustainability and scale up issues comprehensively. The proposed evaluation aims to fill this gap through a comprehensive assessment of CMAM in 3 countries and drawing synthesized lessons and findings for use by national governments, UN agencies, NGOs and other stakeholders.

## **PURPOSE AND USE**

The proposed evaluation aims at strengthening of on-going and future CMAM programmes by systematically generating and disseminating evidence on CMAM experiences from 3 countries through the use of both qualitative and quantitative information related to processes, outputs, outcomes (including adherence to global standards and quality of services), coverage and scaling up options. 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 CMAM strategies and interventions in areas in need. The specific **objectives** of the evaluation are as follows:

- a) To undertake analytical assessment of the progress achieved in implementing CMAM globally with detailed assessment in 3 case study countries to identify key successes, good practices, and gaps / constraints that need to be addressed.
- b) To examine CMAM programme performance in the case study countries using standard OECD / DAC criteria of programme relevance/appropriateness, efficiency and quality of services, effectiveness, impact (potential) and sustainability.
- c) To examine the effectiveness of related cross-cutting issues such as coordination and management; gender and other forms of equity; capacity development; advocacy and policy development; and information/data management.
- d) To document good practices and generate evidence-based lessons and recommendations to strengthen on-going efforts towards expansion of CMAM coverage in countries in need and for strengthening global /regional level guidance and support.

The timing of the evaluation is scheduled to inform UNICEF planning process, to share good practices globally, and to undertake corrective measures and programmatic shifts in various contexts. At the global level, the findings and recommendations will be used for developing new/revised nutrition in emergencies / CMAM policy and technical guidance and for further advocacy and fundraising efforts. At the country level, the country specific recommendations will be used in designing, planning and implementing the most equitable and effective emergency nutrition programmes at the national level.

## **EVALUATION SCOPE AND FOCUS**

The primary focus of the evaluation is to examine overall CMAM programme results and processes at the country level and to generate forward looking lessons and recommendations for strengthening and expanding planning and implementation of CMAM in needy areas. In addition, the evaluation will assess the adequacy of the global guidance and global/regional-level support and identify areas where improved guidance and support are needed. The evaluation will focus on a sample of 3 countries (including situation where CMAM has been implemented in response to a nutritional crises resulting from protracted long-term emergency) where CMAM programming has sufficiently matured to generate lessons that can be applied widely. It will examine processes and results related to all key components of CMAM namely a) community outreach; b) outpatient care for children with SAM without medical complications at decentralised health facilities and at home; c) inpatient care for children with SAM with medical complications or no appetite; and d) services for the management of moderate acute malnutrition (MAM). Given the diversity of country contexts, it may be necessary to have a slightly different TOR for each country, although the evaluation questions included in the general TOR will be common to all 3 countries.

The evaluation will generate evidence on “what works well” and “what does not work” on all key steps of the CMAM programme cycle covering community mobilization/awareness creation, case detection/screening/enrolment, treatment/feeding modality, and follow up processes. The evaluation will examine policy and programmatic aspects as well as management modalities and make recommendations to strengthen both aspects. More specifically, the evaluation will provide evidence-based analysis to answer the following questions:

***Programme relevance /appropriateness***

- How well has the overall CMAM programme strategy evolved and to what extent specific strategies/ interventions respond to the local/national context, needs and priorities?
- How appropriate/adequate is the global guidance on CMAM for local/national needs including various aspects related to needs assessment, programme planning/design, management /quality assurance, monitoring and evaluation?
- How adequate is the technical and organisational support that has been provided for planning and implementing CMAM?

***Programme effectiveness and coverage***

- To what extent have the expected outputs and outcomes been realised through the CMAM programme? If there are shortfalls, what are the contributing factors? What is the estimated coverage of CMAM services against the national level need?
- How developed and successful are the specific CMAM strategies (community outreach and mobilisation, screening/enrolment, feeding, treatment, information management, follow up) and the interventions (as per the programme logic model) in realising overall programme objectives?
- What is the contribution of the programme to national capacity-building among nutrition and health professionals and community workers, to policy and system/institutional development and to the engagement of the private sector and other key stakeholders? What conclusions can be drawn regarding the effectiveness of capacity building efforts?
- What are the key successes in generating new knowledge by the programme? Are these well documented and disseminated within the country and outside? What are the knowledge gaps which still prevent expansion of services through larger investments in CMAM?
- Are there any noteworthy good practices and lessons regarding overall programme effectiveness or the effectiveness of specific strategies, management modalities used?

***Programme efficiency and quality of services***

How has the management aspect of CMAM evolved over time? How well understood and implemented are the current management mechanism including the roles and responsibilities of various staff and stakeholders?

- How systematically have the funds been allocated / utilised across programme strategies/activities to realise programme objectives? If there are delays/deviations in fund utilisation, how were these justified and what are the implications for attaining programme objectives? What lessons and recommendations can be drawn for the future?
- How operational and effective are the coordination mechanisms at the country level (i.e. coordination by the Government, including different ministries and other implementing partners, stakeholders (other UN agencies, NGOs, donors, etc.)? If noticeable gaps are evident, how can they be addressed?
- How timely and effective was UNICEF RO's and HQ's guidance and support in achieving overall goals and objectives of the programme? How successful was the coordination between NYHQ, RO and COs within UNICEF?
- To what extent does the service delivery meet expected quality standards? What factors have contributed to meeting quality standards? Where quality standards are not met, what are the key bottlenecks/constraints that need to be addressed in order to meet quality standards?

- What are per unit costs of CMAM in various contexts? Can any conclusions be drawn regarding cost-effectiveness / efficiency for treatment according to CMAM program in particular country contexts?

#### ***Programme sustainability and scaling (country level)***

- The evaluation will examine administrative, institutional, technical and financial sustainability and explore possible opportunities for expansion of effective CMAM interventions (drawing in addition from the other evaluation questions):
- What level of progress has been achieved to build CMAM 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 CMAM interventions?
- What are the issues and options related to the feasibility (administrative, institutional, technical, and financial) for replication and expansion? What are the risks related to sustainability that are related to discontinuation of external support? What plans/strategies/mechanism exists for programme phase out/closure?

#### ***Programme impact (outcomes / potential impact)***

- Based on longitudinal data and other type of information, what conclusions can be drawn regarding the extent to which the programme contribute to a long-term improvement in the quality of life of the children treated through CMAM?
- What is the evidence regarding national and sub-national engagement and ownership of the CMAM? To what extent has national ownership of CMAM programme increased? What are the success factors and lessons learned? Where this has not occurred fully, what are the constraints and consequent lessons for the future? Is there any evidence of increased budgetary allocations at the national level?
- How significantly has the programme contributed to either revitalize or place nutrition high on the national policy and developmental agenda?

#### ***Cross-cutting issues***

- How effective is the vertical and horizontal coordination (involvement of various sectors) in planning and implementing CMAM? How strong is the national /sub-national engagement and ownership of CMAM programme (including national budget allocations)?
- How adequate is the progress achieved in implementing a national policy on CMAM or in integrating CMAM components into existing policies? What more needs to be done? What lessons can be drawn?
- How systematically has institutional capacity development been pursued at all levels for long term sustainability of the programme? What more needs to be done?
- How adequate are the guidelines on various aspects of CMAM programming? To what extent the technical support provided by various agencies is well-coordinated and responds adequately/coherently to various programmatic needs?
- To what extent gender equality existed in CMAM programmes in participation, decision making and access to CMAM services? Are there any issues related to gender, geographic or other form of equity in CMAM service delivery and access that are evident? What measures could be proposed to improve programme targeting?

### **EVALUATION APPROACH AND METHODS**

The evaluation will be conducted in two phases. The first stage will involve an extensive inception phase based on secondary information sources and interviews with a few key staff in each country, and with selected global and regional nutrition advisors/experts. A detailed inception report will be prepared which will detail the evaluation scope and methods based on the information gathered during the first phase. The second phase will involve further investigation and preparation of the evaluation report to be delivered by end September, 2011. The evaluation will be guided by the global CMAM conceptual framework/strategy and the country specific CMAM logic models and results frameworks which will need

to be discussed and made explicit in the initial stage of the evaluation. In addition, the evaluation will also need to apply a systems evaluation approach to examining CMAM implementation / management aspects.

Given the multi-dimensional focus of the evaluation, a multitude of methods will be used for information generation combining documentary review, interviews, field observation visits, and surveys as follows.

a) Review of secondary data and documents: A list of relevant documents together with electronic copies of key documents will be shared with the evaluation team during the inception phase. In addition, programme managers will provide data that are readily available from various sources. The data will be reviewed and analysed during the inception phase to determine the need for additional information and finalisation of the detailed evaluation methodology.

b) Interviews with key informants: Interviews will be conducted at several levels and in phases. A few key staff from the countries involved and global/regional advisors/experts will be interviewed during the inception phase. In the following, phase interviews will be conducted with additional experts and staff including local level personnel involved in managing and supporting the CMAM programme. Additional interviews will be conducted with policy makers and programme coordinators in the countries involved including sub-national level staff, UNICEF Representatives and/or deputies, nutrition programme managers and advisors at various levels. Interviews will also be help with staff of other agencies who contribute to and partner in CMAM programmes globally and/or at the national level.

c) Field observation and focus group discussions with nutrition and health staff, participants/beneficiaries in the programme (CMAM service providers, CMAM decision/policy makers/NGOs, parents). When organising field visits and interviews, attention will be given to ensure gender balance, geographic distribution, representation of all population groups and representation of the stakeholders/duty bearers at all levels (policy/service providers/parents/community).

d) Use of baseline information. Each country office will be responsible to provide baseline information on malnutrition and the CMAM programme evolution in the country based on secondary data and information that is readily available.

e) There is no field level survey envisaged unless the inception phase recommends the need for a survey is essential for the evaluation. If a survey is justified, it will be budgeted separately. An internet based survey to assess global level progress, challenges and needs related to CMAM may be necessary.

The evaluation is expected to draw out relevant comparisons where possible. This will require comparing CMAM programmes across various settings both in terms of institutional processes and performance. For such comparisons, the evaluators must be clear of what is to be considered as a “good” standard. Where possible the evaluation should identify good practices that will form the basis for quality design and assessment efforts in future CMAM programming.

#### **EVALUATION MANAGEMENT / STAKEHOLDER PARTICIPATION**

The evaluation will be managed as an independent evaluation by UNICEF's Evaluation Office under the leadership of a Senior Evaluation Specialist. An Evaluation Advisory Group (EAG), chaired by a senior staff from PD, NYHQ and members from selected UNICEF CO/RO staff, national government counterparts, Nutrition Section, PD, NYHQ, HIV/AIDS Section and EMOPS will be established to ensure broad-based ownership of and support to the evaluation. The EAG will review and comment on the draft inception report and the draft evaluation reports and provide comments. The EAG will also be involved during the dissemination and management response phase of the evaluation. In the participating countries, evaluation reference group will be established to support the evaluation which will include Government (Ministry of Health in particular) officials.

As the main counterpart/client, Nutrition Section, PD will be responsible for information sharing and arranging meetings of the EAG. UNICEF COs will be responsible for providing relevant information at the regional and country level, providing access to relevant reports/statistics, organizing field visits, logistical support, organizing meeting with different stakeholders at the country level, and interacting with the national evaluation reference group.

## **EVALUATION TEAM**

The evaluation is planned to be conducted by a registered institution or by a team of free-lance consultants. It is proposed that the evaluation team consist of two international evaluation experts (a leader and a technical expert) one of whom must have significant research/evaluation background in emergency nutrition programming. The exact division of work will be decided by the institution/team, but in general, the team leader will have the responsibility for all negotiations, decisions, and deliverables. The technical work is to be divided between the team leader and the team member. Either the team leader or the member must be a woman. In addition, a third consultant (data processing/information specialist) who would help gather information, undertake data analysis will be involved on a part time basis. For the participating countries, 1-2 national consultants, who will support local data collection and processing, are also envisaged.

The qualifications and experience required are as follows:

### **Team Leader:**

- Extensive evaluation expertise and experience (at least 8 years) and a strong commitment to undertake the evaluation
- Knowledgeable of institutional issues related to development programming (including funding, administration, the role of the UN system, partnerships, human rights, sustainable development issues)
- Familiarity with CMAM policy and programme issues either as researcher/evaluator or programme manager
- Team leadership and management, interpersonal/communication skills

### **Team Member (technical expert):**

- Strong evaluation expertise and experience (at least 5 years), including methodological and data collection skills;
- Demonstrated skill in conducting evaluations of CMAM or other health and nutrition programmes
- Team work and inter-personal communication

### **Team Leader and Member:**

- Language proficiency: English (mandatory), French and/or Spanish are an advantage (depending on the country selected for the field visit). Excellent writing skills in English.
- Significant international exposure and experience in working with UN agencies (desirable).
- Advanced university degree in social science, preferably in a topic related to public nutrition or epidemiology.
- Good communication, advocacy and people skills. Ability to communicate with various stakeholders. Ability to express concisely and clearly ideas and concepts in written and oral form.

## Annexe 9: Liste des documents consultés

1. BAD, OCDE, PNUD, CEA. Perspectives économiques en Afrique 2011.
2. Cadre stratégique et d'orientation de la PCIME communautaire au Tchad. 2007.
3. Chapelle J. Le peuple tchadien. Ses racines et sa vie quotidienne, Paris, L'Harmattan, 1986.
4. CNNTA. Rapport descriptif de l'enquête National sur l'état nutritionnel et l'alimentation au Tchad (ENENAT) ; Février 2002.
5. Defourny I, Seroux G, Abdelkader I, Harczi G. Management of moderate acute malnutrition with RUTF in Niger. Field Article. MSF, Niger, 2006.
6. Djedossoum N. Plan stratégique de développement des ressources humaines pour la santé au Tchad 2011- 2020. Draft du document, mars 2010.
7. Enquête par grappes à indicateurs multiples, Tchad, Janvier 2010.
8. Évaluation socio-anthropologique pour l'amélioration des programmes nutritionnels du Ministère de la Santé Publique et d'Action Contre la Faim du district de Mao. Kanem, Tchad. Mai 2009.
9. FANTA. Training Guide for Community-Based Management of Acute Malnutrition (CMAM). USAID, 2009. [www.fantaproject.org](http://www.fantaproject.org).
10. Global Mapping Review of Community-Based Management of Acute Malnutrition (CMAM) with a focus on Severe Acute Malnutrition (SAM), UNICEF Nutrition Section, Nutrition in Emergency Unit, HQ-NY, March 2011.
11. International Workshop on the Integration of Community-based Management of Acute Malnutrition. Washington DC. Workshop Report, April 28 – 30, 2008.
12. Ministère de la Santé Publique et Ministère de l'Agriculture. Plan national d'action pour la nutrition ; 1997.
13. Ministère de la Santé Publique et Ministère de l'Action Sociale et de la Famille. Guide national de lutte contre la malnutrition protéino-énergétique et les carences en micronutriments ; 1999.
14. PNUD. Indice de Développement Humain. Annexes statistiques, 2011.
15. Programme Coopération Tchad Unicef 2006 – 2011. Plan de travail Annuel 2011. Programme de Nutrition.
16. Projet de restructuration du Centre National de Nutrition et de Technologie alimentaire (CNNTA). Mai 2011.
17. Rapport préliminaire de l'enquête nutritionnelle et de mortalité rétrospective dans six régions de la bande sahéenne du Tchad. Juillet – Août 2010.
18. Rapport préliminaire enquête nutritionnelle et de mortalité dans 11 régions du Tchad, du 16 août au 15 septembre 2011.
19. RifatAtun, Thyra de Jongh, Federica Secci, KelechiOhiri and OlusojiAdeyi. Integration of targeted health interventions into health systems: a conceptual framework for analysis. September 2009.
20. RifatAtun, Thyra de Jongh, Federica Secci, KelechiOhiri and OlusojiAdeyi. A systematic review of the evidence on integration of targeted health interventions into health systems. September 2009.
21. Scaling-up and sustaining nutrition and child survival interventions in the Sahel belt of Chad. UNICEF Chad, 2010.
22. Tableau des codes des circonscriptions du Tchad – Ministère de l'Intérieur, Avril 2008.
23. UNHCR Global Appeal 2012-2013. CHAD, Working environment. <http://www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/page?page=49e45c226>.
24. UNICEF. Sustainable Elimination of Iodine Deficiency. Progress since the 1990 World Summit for Children. May 2008.
25. UNICEF Chad. UNICEF response to the Nutrition Crisis in the Sahel Belt. 2010.
26. UNICEF Chad. Scaling-up and sustaining nutrition and child survival interventions in the Sahel belt of Chad. 2010.
27. UNICEF. A successful start in life. Improving breastfeeding in West and Central Africa. 2010.
28. Unicef Tchad. Protocole national de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë (PCIMA). Mars 2011.
29. UNICEF. "Guidance on Equity-Focused evaluations", draft July 2011; United Nations Evaluation Group (UNEG) "Handbook for Integrating Human Rights and Gender Equality Perspectives in Evaluations in the UN System", draft for review only.

30. World Health Organization. WHO Multicentre Growth Reference Study Group. WHO child growth standards based on length/height, weight and age. *Acta Paediatrica*, 2006 (450):76-85.
31. World Health Organization (WHO), World Food Programme (WFP), the United Nations Standing Committee on Nutrition (UN/SCN) and the United Nations Children's Fund (UNICEF). Joint Statement. Community-based management of severe acute malnutrition, June 2007.

## **Annexe 10 : Liste des personnes consultées**

### **Ministère de la Santé Publique**

1. Dr AdoumDaliame, Responsable du CNNTA
2. M. WelbaRaïweKolandi, Inspecteur chargé des affaires administratives et financières, Tchad
3. M. Marcellin Moundabe, Agent à l'inspection, Tchad.
4. Dr Abdoulaye, Délégué Sanitaire Régional Mao, Kanem.
5. M. Maïna, Point Focal Nutrition, Délégation Sanitaire Régionale, Kanem
6. M. Ali AbakarSidick, RCS Mao centre, Kanem
7. M. Mallah Ali Mahamat, RCS Mao Mosquée, Kanem
8. DrTadjion Philippe, MCD Moussoro, Bar El Ghazel
9. M Issa, Point Focal Nutrition, Délégation Sanitaire Régionale, Bar El Ghazel
10. M. Alexis Ngarinta, RCS Moussoro urbain, Bar El Ghazel
11. M. Dimanche Diguim, RCS Michémiré, Bar El Ghazel
12. M. Issa Ahmat, RCS de Koundjourou, Batha
13. Dr Ramat Abdoulaye Abderaman, Médecin Chef du District de Mongo, Guera
14. Dr GouaraOuatche, Médecin Chef du District de Melfi, Guera
15. M. Adoum Omar RCS Sila, Guera
16. Dr AdoumChene, Responsable service de pédiatrie, Hôpital Régional d'Abéché, Ouaddaï
17. M. Ali Hassouni RCS Salamat, Ouaddaï

### **Unicef**

18. Dr Marcel Ouattara, Deputyrepresentative, N'djamena, Tchad
19. Dr Yaron Wolman, Chef de section Santé et Nutrition, N'Djamena, Tchad
20. Dr Roger Sodjinou, Nutrition Manager, N'djamena, Tchad
21. M. David Rizzi, Nutrition Cluster Coordination, N'Djamena, Tchad
22. Dr MahamatBechir, Nutrition Specialist, N'djamena, Tchad
23. Mme Florence Ngawe, LogisticsSpecialist, N'djamena, Tchad
24. M. Augustin Ilunga, Consultant en Nutrition, Kanem
25. M. John Ntambi, Coordonnateur des programmes nutrition et santé, Kanem
26. Dr GbedahiJoliane, Consultante SASDE, Mao, Kanem
27. Dr BambeLamtouin, Consultant SASDE, Bar El Ghazel
28. Dr Beninga, Consultant SASDE, Batha
29. M. Jean Luboya, Coordonnateur des programmes nutrition et santé, Guerra
30. Dr Guy Yogo, Child Survival & development Specialist, Abéché, Ouaddaï
31. Dr RimtebayeRihorngar, Consultant SASDE Adré, Ouaddaï

### **Nations Unies, bailleurs et ONG**

32. Mme Nathalie Avril, Nutrition Officer, PAM, Tchad
33. M. Tina, Chargé de nutrition, PAM, Bar el Ghazel
34. M. Pachaka, Coordonnateur de Programme, Mongo, Guera
35. M. Manyuku Gilbert, Nutrition and Food Aid Officer, UNHCR, Tchad
36. DrThéodoreYamdji, Reproductive Health and HIV Officer, UNHCR, Tchad
37. Dr Thomas Karengera, Chargé de Programme EHA, OMS, Tchad
38. Dr Odile Nguetabe, Responsable Programme Nutrition, OMS, Tchad
39. M. Rémy Courcier, Coordination, Unité des Urgences Agricoles et de Réhabilitation, FAO, Tchad
40. Mme Florence Le Coz, Consultante Internationale, FAO, Tchad
41. M. Patrice Thevier, Attaché de Coopération, Correspondant Humanitaire, Ambassade de France
42. M. Assens Jacobs, Assistant Technique, Commission Européenne, ECHO
43. M. Olivier Ki-Zerbo, Chargé de Programmes, Union européenne
44. M. Hisseine Hadji Tchéré, Chargé de Programmes, Section Développement Rural, Union européenne
45. Dr Hamidou Ouédraogo, Coordonnateur des programmes humanitaire, CSSI, Tchad
46. Dr Bocar Diallo, Directeur de Programmes, IMC, Tchad
47. Dr JattuNavo, Responsable de Programme, IMC, Tchad
48. Dr Emilienne Soubeiga, Responsable du centre de santé NDA, N'Djamena

49. Dr KodjoDelaliEdoh, Chef de mission, MSF-H, N'Djamena
50. M. Deo KatsuvaSibongwere, Coordinateur Médical, MSF-H, N'Djamena
51. Mme Céline Bernier, Coordinatrice médico-nutritionnelle, ACF-France, N'Djamena
52. M. Julien Dussart, Chef de Délégation de la Croix-Rouge française au Tchad, N'Djamena
53. Mme Marie, Responsable de Programme nutritionnel, ACF, Kanem
54. Dr Seydou Dicko, Responsable de Programme nutritionnel, ACF, Kanem
55. Mme Mirka Meyer, Coordinatrice de programmes, MSF-H, Nokou, Kanem
56. M. Othmar Arnold, Responsable de programme, MSF-H, Nokou, Kanem
57. Dr Amara, Médecin référent ACF, Moussoro, Bar El Ghazel
58. M. Mahoro Jean Claude, Responsable de Programme Nutritionnel, ACF, Moussoro, Bar El Ghazel
59. M. AbakarMahamat Youssouf, Assistant Programme mobilisation communautaire, ACF, Moussoro
60. M. Nicolas, Assistant Responsable de Programme Nutritionnel, ACF, Moussoro, Bar El Ghazel
61. M. François, Délégué santé nutrition, CRF, Ati et Oum-Hadjer, Batha
62. M. Oumar Lago, surveillant de l'hôpital d'Adré, CSSI Adré
63. Dr Christophe Hassia, Medecin traitant CSSI, camp des réfugiés de Fachana
64. M. Le Roy ToukweeHinsou, Responsable Programme Nutritionnel CSSI, camp des réfugiés de Farchana

## **Groupes de discussion**

### ***Région de N'Djamena :***

Dispensaire Notre Dame de la Paix de Chagoua : infirmiers; mères d'enfants; volontaires.

### ***Région du Kanem :***

CNA de Mao centre : mères d'enfants ; volontaires.

Mao Mosquée : mères d'enfants ; volontaires.

Mampal : mères d'enfants ; volontaires.

CNT de Mao : infirmiers ; mères et pères d'enfants.

### ***Région du Bar El Ghazel***

CNA de Michémiré : mères d'enfants ; volontaires.

CNA de Moussoro urbain : mères d'enfants ; volontaires.

CNT de Mossouro : infirmiers; mères d'enfants.

### ***Région de Batha***

CNA de Koudjourou : mères d'enfants ; volontaires et responsables de la communauté.

CNT d'Ati : infirmiers; mères d'enfants; volontaires.

CNT de Oumhadjer : infirmiers; mères d'enfants.

### ***Région de Guera***

CNA de Sila : mères d'enfants ; volontaires et responsables de la communauté.

CNT de Melfi : infirmiers ; mères d'enfants.

CNT de Mongo : infirmiers; mères d'enfants.

### ***Région de l'Ouaddaï***

CNA de Salamat : mères d'enfants.

CNA de Farchana (camp de réfugiés) : mères d'enfants ; volontaires.

CNT d'Abéché : infirmiers ; mères d'enfants ; volontaires.

CNT d'Adré : infirmiers ; mères d'enfants.



