

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

Rapport de Synthèse

Evaluation de la réponse de l'UNICEF à la crise alimentaire et nutritionnelle au Sahel – Rapport synthétique de trois études de cas de pays : Burkina Faso, Niger et Tchad.

Rapport commandité par les Sections Suivi et Evaluation et Nutrition du Bureau de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre (WCARO), Dakar 2013

Ce rapport a été préparé par des consultants indépendants Mirella Mokbel Genequand (Chef d'équipe), Montse Saboya (santé publique et nutrition), Marcel Bengaly (Burkina Faso), Mahamane Laouali Manzo (Niger) et Lydie Beassemenda (Tchad)

Remerciements

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

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

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

TABLE DES MATIERES

1	Introduction.....	1
1.1	Contexte de l'évaluation.....	1
1.2	Sécurité alimentaire et nutritionnelle dans les trois pays concernés par l'évaluation.....	1
1.2.1	Sécurité alimentaire.....	1
1.2.2	Situation nutritionnelle.....	2
1.2.3	Séquences de la réponse.....	3
1.3	Champ de l'évaluation.....	3
1.4	Structure du rapport.....	3
2	Objectifs et approche méthodologique de l'évaluation.....	4
2.1	Objectifs de l'évaluation.....	4
2.2	Méthodologie.....	4
2.3	Déroulement de l'évaluation.....	6
2.4	Considérations d'éthique.....	7
2.5	Contraintes et limites.....	7
3	Ressources déployées par l'UNICEF.....	8
3.1	Ressources humaines.....	8
3.1.1	Au sein de l'UNICEF : bureau pays et/ou sous-bureaux.....	8
3.1.2	Appui au Ministère de la santé.....	8
3.2	Renforcement des capacités.....	9
3.3	Supervisions.....	9
3.4	Logistique et approvisionnement.....	10
3.5	Mobilisation de fonds.....	11
4	Résultats - PCIMA.....	13
4.1	Normes et modalités de mise en œuvre.....	13
4.2	Observations recueillies lors des visites des structures sanitaires ...	14
4.3	Admissions MAS.....	15
4.3.1	Evolution des admissions à l'échelle nationale.....	15
4.3.2	Admissions par région.....	17
4.4	Performance selon les normes SPHERE.....	20
4.5	Adéquation de la chaîne de la PCIMA.....	23
4.6	Perceptions des bénéficiaires.....	24
5	Résultats - Prévention et paquet complémentaire.....	25
5.1	Blanket Feeding.....	25

5.2	Autres activités de prévention.....	26
5.3	Paquet complémentaire	26
5.3.1	WASH.....	26
5.3.2	Prise en Charge psychosociale.....	27
6	Questions transversales	30
6.1	Durabilité.....	30
6.2	Système de collecte et de gestion de l'information	30
6.3	Coordination	31
7	Conclusions et recommandations.....	33
7.1	Conclusions	33
7.2	Recommandations	39
8	Annexes.....	41

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 Méthodes et outils de collecte des données	4
Tableau 2 Régions et districts visités	5
Tableau 3 Sites de PEC de la MAS et groupes de discussions	6
Tableau 4 Différents modèles de supervision	10
Tableau 5 Observations : Logistique et approvisionnement	11
Tableau 6 Organisation de la PCIMA	13
Tableau 7 Cas attendus et cas admis en 2012	15
Tableau 8 Indicateurs de performance PCIMA en 2012	20
Tableau 9 Résultats WASH in Nut	27
Tableau 10 Résultats PEC Psychosociale	28
Tableau 11 Suivi de la PCIMA	31
Tableau 12 Admissions MAS par rapport aux cas attendus-Burkina Faso .	60
Tableau 13 Admissions MAS par rapport aux cas attendus-Niger	60
Tableau 14 Admissions MAS par rapport aux cas attendus-Tchad	61

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 Cartographie de l'insécurité alimentaire dans la bande du Sahel	2
Graphique 2 Admissions MAS 2010 – 2012 au Burkina Faso, Niger et Tchad (bases de données PCIMA respectives)	16
Graphique 3 Couverture PCIMA : cas admis par rapport aux estimations par région-Burkina Faso	17
Graphique 4 Distribution géographique des partenaires en appui à la PCIMA en juillet 2012	17
Graphique 5 Couverture PCIMA : cas admis par rapport aux estimations par région-Niger	18
Graphique 6 Couverture PCIMA : cas admis par rapport aux estimations par région-Tchad	18
Graphique 7 Admissions MAS en 2012 et nombre de CNA par région de la bande du Sahel au Tchad	19
Graphique 8 Indicateurs de performance MAS ambulatoire-Burkina Faso .	21
Graphique 9 Indicateurs de performance MAS hospitalière-Burkina Faso .	21
Graphique 10 Indicateurs de performance MAS-Niger	22
Graphique 11 Indicateurs de performance y compris les non-répondants et les références médicales MAS-Niger	22
Graphique 12 Indicateurs de performance MAS -Tchad	23

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 Itinéraires de la mission d'évaluation	42
Annexe 2 Liste des documents consultés	46
Annexe 3 Liste des personnes rencontrées	52
Annexe 4 Sources d'information	59

Annexe 5 Admissions MAS par rapport aux cas attendus	60
Annexe 6 Termes de référence de la mission d'évaluation	62
Annexe 7 Méthodologie de l'évaluation	69

ABREVIATIONS

ACF-E	Action contre la faim-Espagne
AECID	Agence Espagnole de coopération internationale pour le développement
ALIMA	<i>Alliance for International Medical Action</i>
ANJE	Alimentation du nourrisson et du jeune enfant
ASC	Agent de santé communautaire
ATPE	Aliment thérapeutique prêt à l'emploi
BASE	Bureau d'appui santé et développement
BEFEN	Bien-être de la femme et de l'enfant au Niger
BF	<i>Blanket Feeding</i>
BR	Bureau Régional
CERF	Fonds central d'interventions urgences
C4D	Communication pour le développement
CHR	Centre hospitalier régional
CILSS	Comité permanent Inter-Etats de Lutte contre la Sécheresse dans le Sahel
CMA	Centre médical avec antenne chirurgicale
CNA	Centre de nutrition ambulatoire
CNNTA	Centre national de nutrition et de technologie alimentaire
CNS	Centre de nutrition supplémentaire
CNT	Centre de nutrition thérapeutique
CREN	Centre de récupération et d'éducation nutritionnelle
CRENAM	Centre de récupération nutritionnelle ambulatoire pour modérés
CRENAS	Centre de récupération nutritionnelle ambulatoire pour sévères
CRENI	Centre de récupération nutritionnelle intensive (hospitalisation)
CRF	Croix-Rouge Française
CS	Centre de santé
CSI	Centre de santé intégré
CSPS	Centre de santé et de promotion sociale
DN	Direction de la nutrition
DNPGCA	Dispositif national de prévention et de gestion des crises alimentaires
DRSP	Direction régionale de la santé publique
DS	District sanitaire
DSR	Délégation sanitaire régionale
ECHO	Office humanitaire de la communauté européenne
EDS	Enquête démographique et de santé
FAO	Organisation des nations unies pour l'alimentation et l'agriculture
FEWS NET	<i>Famine Early Warning Systems Network</i>
FORSANI	Forum santé Niger
FSNWG	Groupe de travail régional sur la sécurité alimentaire et la nutrition
GTN	Groupe technique nutrition
IMC	<i>International Medical Corps</i>
IPSR	Intervention prolongée de secours et de redressement
IRC	<i>International Rescue Committee</i>
MAG	Malnutrition aiguë globale
MAM	Malnutrition aiguë modérée
MAS	Malnutrition aiguë sévère
MCD	Médecin chef de district
MICS	<i>Multiple Indicator Cluster Survey</i>
MSF	Médecins sans frontières
MSP	Ministère de la santé publique
OCADES	Organisation catholique pour le développement et la solidarité
OCHA	Bureau de coordination des affaires humanitaires
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
OOAS	Organisation ouest africaine de la santé
PAM	Programme alimentaire mondial
PCA	<i>Program Cooperation Agreement</i>
PCIMA	Prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PDS	Plan de développement sanitaire
PEC	Prise en charge

PEV	Programme élargi de vaccination
PFN	Point focal nutrition
PIB	Produit intérieur brut
PMA	Paquet minimum d'activités
PND	Plan national de développement
PNN	Politique nationale de nutrition
PNUD	Programme des nations unies pour le développement
P/T	Poids pour taille
PTME	Prévention de la transmission mère-enfant
QUIBB	Questionnaire unifié des indicateurs de bien-être de base
RC	Relais communautaire
RCS	Responsable du centre de santé
RTIA	<i>Real Time Independent Assessment</i>
SAP	Système d'alerte précoce
ASPE	Aliments de supplément prêt à l'emploi
SC	<i>Save the Children</i>
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SMART	<i>Standardised Monitoring Assessment in Relief and Transition</i>
SQUEAC	<i>Semi-Quantitative Evaluation of Access and Coverage</i>
SUN	<i>Scaling up Nutrition</i>
TDH	Terre des hommes
TDR	Termes de référence
UNHCR	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH	Virus d'immunodéficience humaine
WASH	<i>Water, Sanitation and Hygiene</i>
WCARO	Bureau de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre

Termes clés de l'évaluation

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

Définitions relatives à la prise en charge de la malnutrition (Burkina Faso Protocole national 2007)

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

Définitions relatives à la prise en charge de la malnutrition (Niger Protocole national 2012)

Abandon	Patient absent pendant 2 séances consécutives
Admissions MAS	P/T < -3 Z score ou PB < 115mm ou Présence d'œdème nutritionnels + ou ++ Et Appétit modéré ou bon ; absence de complications médicales
Décès	Patient décédé pendant son séjour dans le programme ou décédé au cours d'un transfert ou d'une référence
Guérison	P/T ≥ -1,5 Z-score
Non-réponse	poids stationnaires ou perte de poids pendant 3 suivis consécutifs (référer pour investigation)
Référence	Patient référé à l'hôpital pour cause de complications médicales ou chirurgicales
Transfert interne	Patient transféré vers un CRENI ou CRENAS ou un autre CRENAM

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

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

EXECUTIVE SUMMARY

1. Context. In 2011, the structural causes of food insecurity and malnutrition in nine countries in the Sahel belt have been exacerbated by drought, poor harvests and decreasing remittances from migrants. Faced with this situation, a comprehensive response plan was developed by the Regional Working Group on Food Security and Nutrition (FSNWG) in order to "provide necessary support to households suffering from a deficit in means of survival and subsistence". More specifically, the Nutrition Response Strategy was to "reduce mortality and permanent damage caused by acute malnutrition through integrated interventions encompassing nutrition, health, water, hygiene, sanitation and behavioral change.

2. Justification. In view of the geographic scope of the crisis in the Sahel and the level of response needed, the regional office of UNICEF for West and Central Africa (WCARO) commissioned an independent evaluation of the nutrition response covering the period January to December 2012 in order to draw lessons for the future. Three countries - Burkina Faso, Niger and Chad - were chosen because of the high number of anticipated cases of severe acute malnutrition (SAM), and differences in their respective coordination mechanisms and scaling up of their Integrated Management of severe acute malnutrition (IMAM) programs.

3. Evaluation scope. The activities planned for the nutrition response within the global strategy document included: IMAM, prevention (mainly blanket feeding) and a complementary package of activities (IYCF, WASH, health including HIV and communication/C4D). The evaluation team focused its analysis on the interventions that benefited from UNICEF's technical and financial, namely IMAM which received the majority of this support, as well as prevention activities and components of the complementary package that were supported within the context of the response (that is to say, beyond the support provided by UNICEF through its respective action plan in each country).

4. Objectives. This evaluation aims at assessing, as systematically and impartially as possible, the efficiency, effectiveness and sustainability of UNICEF's response to the food and nutrition crisis in these countries thus contributing to organizational learning.

5. Methodology. The evaluation comprised a combination of qualitative and quantitative methods: literature review (action plans, monthly progress reports, minutes of coordination and supervision reports) individual interviews with key informants amongst stakeholders (UNICEF, Ministry of Health, technical and financial partners and NGOs), Focus Group Discussions (FGD) with community members, observations of IMAM activities, and analysis of existing quantitative data (databases of UNICEF and / or national entity responsible for nutrition). An individual interview guide, a guide for FGD, and an observation grid for IMAM activities have been developed for this purpose.

Two regions per country were selected for field visits on the basis of high SAM prevalence and the presence of a UNICEF sub-office (applicable to Chad and Niger). In Niger, a last-minute change in flight schedules has forced the evaluation team to limit its visits to Maradi. In its selection of the selection of Health Districts (HD), the evaluation team aimed at covering three scenarios: without the support of NGOs, support by an international NGO, and support by a local NGO. The team visited in total 9 in-patient and 16 outpatient health care facilities. Focus groups discussions were conducted around the IMAM sites: 9 with men and 14 with women.

The evaluation team was composed of two independent evaluation and nutrition specialists recruited by WCARO, and a national consultant identified by the UNICEF office in each country. The evaluation process began in Dakar with an inception phase (February 9 to 16) to develop the methodology. The visit to Chad was held from February 17 to 28. This was followed by visits to Niger (March 18 to 30) and Burkina Faso (1 to April 14). The mission ended with a visit to Dakar (April 15 to 23), which concluded with a debriefing session on the three case studies. This report is a synthesis of these three studies.

6. Constraints. The time assigned for the literature review and elaboration of the methodology was insufficient. Moreover, the mission's schedule and work plan in each country were variably disrupted due to different administrative, logistic (flight schedule, distances to cover), technical (availability of information / data; institutional memory) and security constraints.

7. Key Findings. Key results are presented in terms of efficiency (adequacy and timeliness of inputs), efficiency and quality (degree of achievement of immediate objectives / SPHERE performance indicators) and sustainability.

Timing of the response to the food and nutrition crisis. Beyond the regional response plan that provided estimates on anticipated SAM admissions per country and hence allowed the timely purchase of required items, the earliest crisis declaration was made in Niger in July 2011 and an initial response was initiated in December. In Chad the crisis was not officially declared until

December 2011, but UNICEF's response began in January 2012 by a rapid scaling up of IMAM in the Sahel belt through an increase in operational sites. In Burkina Faso, the crisis declaration and appeal to the international community were issued only in March 2012 following the publication of preliminary agricultural survey data in February. An integrated UNICEF response was prepared in April.

UNICEF's technical and operational support. In order to increase their response capacity especially in terms of supervision and monitoring, the UNICEF offices in Niger and Chad recruited nutrition specialists (5 Chad and Niger to 2) and logistic experts (4 in Niger) that were deployed in the regions most affected by the crisis, while in Burkina no need for additional staff was deemed necessary. Support to national human resources was provided in Chad and Niger. In Chad, UNICEF launched in May 2012 a project to revitalize the health system in the Sahel regions through the recruitment and training of paramedics. After being initially paid by UNICEF according to national salary scales, these paramedics were to be gradually integrated into the public service; about 30% of the first cohort of 100 paramedics that were recruited in 2012 joined the public health system early 2013. In Niger, UNICEF in consultation with the Regional Directorates of Public Health supported the recruitment and deployment of 384 nurses, nutrition assistants and laboratory technicians primarily in areas without NGOs and in health facilities with an insufficient number of health personnel.

In none of the three countries was there a reporting system regarding supervisions. Supervision visits were carried out in various ways: apart from planned quarterly joint supervision missions in Burkina, joint or independent supervision visits were overall insufficient (some districts or health facilities visited by the mission have not received a supervisory visit for over three months) and without a standardized tool.

National level needs assessment for Ready-to-Use Therapeutic Food (RUTF) was adequate. However, transport between HD and health facilities has been the main bottleneck causing stock breakdowns in health facilities in the three countries due to a variety of reasons such as: inadequate management at the HD or health facilities levels (lack of foresight or poor of knowledge about procedures) and low storage capacity. Various measures have been taken to overcome these failures such as: a joint logistics / nutrition mission in Burkina Faso, or the design of a software for weekly monitoring of RUTF stocks that tested has been tested in Maradi / Niger. On the down side, sales and large-scale diversion of RUTF (full stock or a substantial portion of a stock in health structures) have been reported in Niger and Chad. These problems have not been eradicated despite various measures taken by the Governments.

Implementation modalities. The three countries have a national IMAM protocol. Only Burkina has not yet adopted the 2006 WHO growth standards (with the new MUAC threshold) or the recommendations of the Joint 2008 UNICEF, WFP, WHO, SCN Declaration on the use MUAC as an independent admission criterion. Revision of the protocol is planned in the course of 2013, but UNICEF and Valid have been supporting training on the new international standards since 2010. In all three countries, IMAM implementation is contingent on the presence of NGOs, going as far as substitution of some NGOs to public health services (the majority of health workers being those of NGOs and / or centers being run by the NGOs). This was especially the case in Niger and Chad, despite the physical integration of IMAM in public health facilities. By contrast, in Burkina Faso under the leadership of the Department of Nutrition (DN) and UNICEF and through dialogue between the different actors, support to the Ministry of Health for IMAM implementation has been harmonized with NGOs channeling their support at the HD level.

IMAM. The total number of SAM cases (amongst children under 5 years) admitted in 2012 in the three countries reached approximately 600,000, representing 65% of total admissions in all countries of the Sahel belt. Only in Chad did admissions exceed projections: 146,963 cases of SAM, closer to the worst-case scenario estimate of 159,000 cases. In Niger, 369 000 cases of SAM or 94% of anticipated cases were admitted. The difference was largest in Burkina with 77,477 admissions whilst 99,840 cases of SAM were foreseen.

Wide disparities in admissions are observed at the regional level; likely reasons include: the variable presence of partners (supporting, inter alia, active screening), population mobility and the actual level of food insecurity.

In all three countries, the recovery, death and default rates during 2012 show a good performance at the national level with reference to SPHERE standards:

- Burkina Faso: Recovery (86%), death (1%) and default (13%)
- Niger: Recovery (86%), death (1%) and default (5%)
- Chad: Recovery (82%), death (<1%) and default (12%)
- SPHERE: Recovery (> 75%), death (<10%) and default (<15%)

However disparities between regions and the high dropout rates in some areas (such as Lake Chad and Salamet regions with 20% and 18% respectively) are a cause of concern. In addition, further analyses of national and / or regional data performed by the evaluation team, reveal a high number of non-responders (recovery criteria not met after the prescribed nutrition management period) due mainly to low adherence to treatment with repeated absences, and to the almost total lack of community monitoring through home visits, a likely cause of non-response to treatment.

Beneficiaries' perceptions. Beneficiaries interviewed through FGD have overall expressed their appreciation of interventions carried out in 2012. Awareness raising and increased attendance at nutrition centers were among the most frequently cited reasons for reduced levels of malnutrition. In the three countries beneficiaries have particularly appreciated IMAM and praised the virtues of RUTF.

Prevention through Blanket Feeding (BF). In Burkina Faso and Niger, UNICEF was not involved in the implementation of BF but has participated in its planning through the countries' respective coordination mechanisms. In contrast, in Chad, WFP and UNICEF have implemented BF without joint planning and through different mechanisms: WFP working through NGOs and UNICEF in partnership with the National Center for Nutrition and Food Technology (CNNTA). The lack of coordination between the two agencies has resulted in duplication of interventions. An agreement was finally reached between the two agencies, resulting in alternation of distributions during different periods in some areas.

Complementary package. The best results in terms of WASH activities (number of health facilities having received inputs and distributing kits to mother / carer of malnourished child) were achieved in Chad. WASH inputs were purchased thanks to, inter alia, ECHO funds. In contrast, the results for both psychosocial care and WASH in Nut were very limited if at all existent in Burkina Faso. Few activities were carried out thanks to WCARO technical and financial support and to staff commitment within UNICEF and its operational partners. However commitment within UNICEF was not uniform and the interest of partners was not always a given. Similarly, coordination within UNICEF and the grossly inadequate funding slowed integration of the components of the complementary package.

In Niger, partners have agreed - through inter Nutrition and WASH Clusters coordination - on a minimum essential package with a low market value to prevent misuse. A feasibility study on psychosocial care was accomplished with the support of WCARO. Training sessions for trainers, UNICEF staff, and health and social workers were then conducted. Psychosocial stimulation activities began in Zinder and Maradi in parallel with the construction of playground areas with funding from the Nutrition section.

In all three countries, the anchoring of these activities in national policies (for example psychosocial stimulation in the national IMAM protocol) as well as institutional anchoring (various ministries involved) have not been taken into account upstream, thus hampering initiation and implementation of activities. Finally, the insufficient consultation and dialogue by WCARO with country teams before launching these initiatives has certainly contributed to the lack of ownership by the relevant sections within UNICEF.

Cross-cutting issues.

Sustainability. In all three countries, the UNICEF-supported response to the crisis contributed to capacity building at both regional and district levels. However as recognized by most actors at all levels, the influx of financial and operational partners also created excessive dependence on partners vis-à-vis IMAM implementation. The role of the national counterpart was variable, and was particularly poor in Chad. In the absence of annual funds allocated by the Ministry of Public Health and the lack of logistical means, combined with various institutional, organizational and operational constraints, CNNTA was not able to meet the challenges of coordination, supervision, and monitoring / evaluation during the response to the crisis. In contrast, in Niger, Government's commitment is reflected in the massive recruitment and deployment of 535 doctors and medical specialists to improve the quality of care, as well as a budget allocation for IMAM.

Information collection and management. Three countries, three systems: in Niger weekly collection of admissions and a national database, while in Chad, the IMAM data follow a path parallel to that of the state health system and are centralized and analyzed by UNICEF. As to Burkina that also adopted a single system under the responsibility of the ND, admissions are collected and analyzed monthly while discharge data are released quarterly.

Among the best practices that are worth mentioning: in Niger SAM and MAM admissions and compliance with reporting schedules are analyzed and presented bi-monthly to the Nutrition Technical Group / Cluster, which examines them and takes corrective action as and when necessary. A similar analysis is done at the regional and district levels. Monthly coordination meetings at some HD have helped solving problems regarding promptness in data transmission and RUTF requisitions.

Data quality is checked at all levels, and the data are generally properly used for planning purposes, specifically estimates of requisitions vis-à-vis needs.

Coordination. Coordination between stakeholders and especially with and around the national nutrition entity although better overall in 2012 than in previous years, remains a challenge despite the respective coordination frameworks: Nutrition Cluster with a full-time coordinator in Chad, Technical Nutrition Group / Nutrition Cluster with a part-time coordinator in Niger, and a Group of technical and financial partners on nutrition security (PTF-Nut) in Burkina Faso. Indeed, these consultative / coordination entities have not always taken stock of stakeholders' prevailing commitments and activities hence leading to: unnecessary duplication of efforts (more than one NGO in the same district) and uneven distribution of resources (no partners in some priority districts). Only the terms of reference (TOR) of the PTF-Nut group in Burkina Faso rightly mention their role in strengthening national capacity and leadership.

8. Conclusions. It is in Niger, a country faced with food and nutrition crises since 2005, that the official declaration of the crisis and the response were the timeliest. In contrast in Chad, where the cluster approach has been active since 2007 with a full-time coordinator, the Nutrition Response Plan was developed only in April 2012 negatively impacting on the timeliness and relevance of interventions. Despite a later official crisis declaration in Burkina Faso, mobilization of the international community - UNICEF as the lead agency for nutrition and NGOs active in the field - ahead of the official statement, thanks in part to alerts provided through SMART surveys, helped providing an appropriate response.

In all three countries, the shortage of skilled personnel in health facilities and uneven distribution of staff were already a cause of concern before the crisis. Faced with an anticipated increase in SAM admissions, UNICEF has effectively supported the Ministries of Health in Niger and Chad in the recruitment and deployment of qualified personnel in priority areas not supported by NGOs and primarily in structures having an insufficient number of health workers. The "Revitalization of the health system" initiative in Chad is particularly interesting because of its built-in sustainability feature through the Government's commitment to integrate UNICEF-supported temporary health recruits into the public service. In February 2013, just about a third of the paramedics recruited with financial support from UNICEF were indeed integrated. Although encouraging, these results are unsatisfactory. Progress in implementation should be closely monitored, and an independent evaluation of this initiative should be ultimately conducted.

In all three countries, current strategies for capacity building of health personnel in the field of IMAM are heavily dependent on financial and technical support from UNICEF and other stakeholders. This situation is not very favorable to sustainability. The integration of an IMAM training module – currently being developed by UNICEF in collaboration with the WAHO - into the curricula of medical and nursing schools would be a more sustainable solution.

Despite initiatives initiated and funded by UNICEF such as joint quarterly supervision of all partners in Burkina Faso, and the financial support of UNICEF, the Ministries of Health at all levels (central, regional and district) supervision was grossly inadequate in three countries. A planning schedule of visits and standardized monitoring tools should be developed in the three countries given the importance of supervision (whether individual or joint) by all stakeholders to identify implementation bottlenecks and take corrective measures.

Although overall coverage rates were adequate at the national level, projections of SAM admissions within each country proved inaccurate. In all three countries, disaggregated SAM admission data show wide disparities between regions, due to uneven distribution of health facilities and the variable presence of NGOs. Estimations of expected cases (especially at regional level) were therefore not optimal, with Burkina Faso and Niger UNICEF Country Offices using different parameters than those advocated by WCARO. The methodology and parameters used for estimating expected cases SAM should be reviewed

In all three countries, national level performance indicators - recovery, death and default rates - adhere to SPHERE standards. But as also observed in relation to admission data, there are regional disparities in performance, with worrying default rates in some regions of Chad. Furthermore, additional analyses of national and / or regional databases carried out by the evaluation team, reveal a high number of non-respondents resulting mainly from poor treatment compliance with repeated absences, and nearly complete lack of community monitoring through home visits, a common cause of non-response. Community monitoring - though built-in in the various national protocols - was weak and should be strengthened.

The mandate-related dichotomy – UNICEF and WFP providing support to the management of SAM and MAM respectively - has caused disruptions in the IMAM continuum in health structures in all three countries, even in Niger where a Memorandum of Understanding, which clearly defines respective responsibilities, was established early on between the two agencies. A varying combination of factors

has disrupted more particularly the SAM to MAM continuum: funding received by WFP not sufficient to cover all health facilities, and / or involvement of different NGO partners (most NGOs supporting either the management of SAM or MAM but not both), and / or more frequent pipeline breakdowns of MAM inputs (management problems but also insufficient or late mobilization of funds).

The overall strategic response plan foresaw "integrated interventions encompassing nutrition, health, water, hygiene, sanitation and behavioral change." It presents Blanket feeding as the only prevention strategy, and includes other proven prevention activities such as IYCF and WASH in what has been referred to as "complementary package." The latter does not include any reference to psychosocial stimulation, which has nevertheless been actively promoted by the Child Protection Program Division of WCARO and integrated into the response plans in the three countries.

Although advocacy as well as technical and financial support from the respective WCARO technical programs played a key role in developing an integrated response, the overall guidance conveyed in the overall strategic plan was reflected differently in the response plans developed in each of the three countries: the emphasis on one or the other elements of the "complementary package", the role of UNICEF in their implementation, their ownership by UNICEF staff in country offices and the level of funds raised were variable.

9. Recommendations. Specific recommendations for actions to be taken by the Government, WCARO and UNICEF offices were made in each case study report. In addition, the evaluation team recommends the following actions to be taken by WCARO:

1. Recruitment of a Cluster coordinator with the necessary skills and attributes as well as a Cluster training workshop to enhance the cohesion and efficiency and effectiveness of the Nutrition Cluster in Chad
2. An independent evaluation of the health system revitalization initiative in Chad for its possible replication in other countries
3. An audit in countries where large-scale misuses of RUTF have been reported which should lead to the adoption of mechanisms for more efficient prevention as well as more effective measures against offenders
4. An inter-country workshop to develop joint actions to improve the implementation of a truly integrated response / management of malnutrition, in particular in the following areas: supervision, information collection and management, malnutrition prevention and integration
5. Consultation meetings between the Nutrition sections of WFP and UNICEF WCARO regional offices to review / redefine their terms of cooperation as regards both prevention and IMAM
6. A consultative meeting of experts to review the methodology used in estimating malnutrition caseloads, and performance indicators which have so far not been included in international references (SPHERE standards) namely rates of non-responders and medical references

RESUME EXECUTIF

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

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

3. **Champ de l'évaluation.** Les activités planifiées dans le document de stratégie globale de réponse en nutrition comprenaient : la PCIMA, la prévention (principalement activités *Blanket Feeding*) et un paquet complémentaire d'activités (ANJE, WASH, santé y compris le VIH, et communication/C4D). Les évaluateurs ont donc focalisé leur analyse sur les composantes qui ont reçu l'appui technique et financier de l'UNICEF notamment la PCIMA qui a reçu la majorité de cet appui, mais aussi la prévention et les éléments du paquet complémentaire qui ont reçu un appui spécifique dans le cadre de la réponse (c'est-à-dire au delà de l'appui de l'UNICEF fourni à travers les plans d'action respectifs au niveau de chaque pays).

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

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

Deux régions par pays ont été choisies pour les visites de terrain sur la base des taux élevés de MAS et présence d'un sous-bureau de l'UNICEF (applicable au Tchad et Niger). Au Niger, un changement impromptu du programme de vols a contraint la mission à limiter ses visites à Maradi. Le choix des Districts Sanitaires (DS) a été effectué en vue de couvrir trois cas de figures : sans appui d'ONG ; appui par une ONG internationale ; et appui par une ONG locale. Au total, 9 structures de PEC hospitalière et 16 de PEC ambulatoire ont été visités. Des groupes de discussion ont été menés autour des sites de PCIMA visités : 9 avec les hommes et 14 avec les femmes.

L'équipe d'évaluateurs était composée de deux consultantes indépendantes spécialistes en nutrition et évaluation recrutées par WCARO, et un(e) consultant(e) national(e) identifié(e) par le bureau de l'UNICEF dans chaque pays. Le processus d'évaluation a débuté à Dakar par une phase préparatoire (9 au 16 février) pour élaborer la méthodologie. La visite au Tchad s'est déroulée du 17 au 28 février. S'en sont suivies les visites au Niger (18 au 30 mars) et au Burkina Faso (1^{er} au 14 avril). La mission s'est conclue par un séjour à Dakar (15 au 23 avril) qui s'est achevé avec une séance de restitution portant sur les trois études de cas. Le présent rapport est une synthèse de ces trois études.

6. **Limitations.** Le raccourcissement de la phase préparatoire a restreint le temps assigné à la revue documentaire et à l'élaboration de la méthodologie. Par ailleurs, quelques contraintes d'ordre administratif, logistique (calendrier des vols; distances à parcourir), sécuritaire et technique (disponibilité de l'information/données; mémoire institutionnelle) ont affecté de manière variable le programme des visites et des entretiens dans l'un ou l'autre des trois pays.

7. **Constatations : résultats clés.** Les résultats clés sont présentés en terme d'efficacité (adéquation et ponctualité des intrants), efficacité et qualité (degré d'atteinte des objectifs immédiats/ indicateurs de performance SPHERE) et durabilité.

Délais de la réponse à la crise alimentaire et nutritionnelle. Au delà du plan de réponse régional qui a permis de décider du nombre d'admissions attendues par pays et d'acheter les intrants, la déclaration de crise, la plus précoce s'est faite au Niger, dès juillet 2011 et un début de réponse s'y est enclenché dès décembre. Au Tchad les signes d'alerte et la déclaration de crise ont été plus tardifs. La crise ne fut officiellement déclarée qu'en décembre 2011 mais la réponse de l'UNICEF a débuté dès janvier 2012 par une mise à l'échelle rapide de la PCIMA dans la bande du Sahel à travers l'augmentation de sites opérationnels. Au Burkina, la déclaration de crise et l'appel à la communauté internationale n'ont été émis qu'en mars 2012 après la publication des résultats préliminaires du bilan agricole en février. Le plan intégré de réponse de l'UNICEF fut préparé en avril.

Le support technique et opérationnel de l'UNICEF. Pour augmenter leur capacité d'intervention et surtout de supervisions et de suivi, les bureaux de l'UNICEF au Niger et au Tchad ont recruté des spécialistes en nutrition (5 au Tchad et 2 au Niger) et logisticiens (4 au Niger) qu'ils ont déployés dans les régions les plus touchées par la crise, alors qu'au Burkina aucun besoin supplémentaire en personnel que ce soit au niveau du bureau de l'UNICEF ou dans les formations sanitaires n'a été jugé nécessaire. Un appui en ressources humaines au système étatique de santé a par contre été fourni au Tchad et au Niger. Au Tchad, l'UNICEF a lancé en mai 2012 un projet de revitalisation du système de santé dans la bande sahéenne à travers le recrutement et la formation d'infirmiers d'état qui après avoir été rémunérés dans un premier temps par l'UNICEF selon les barèmes nationaux, seraient progressivement intégrés à la fonction publique; environ 30% de la première cohorte de 100 paramédicaux recrutés en 2012 ont été intégrés à la fonction publique début 2013. Au Niger, l'UNICEF, en consultation avec les Directions régionales de la santé publique (DRSP) a appuyé le recrutement de 384 infirmiers, assistants nutritionnels et manœuvres prioritairement dans les régions sans ONG et pour les structures ayant un nombre suffisant d'agents de santé.

Aucun des trois pays ne possède un système de rapportage concernant les supervisions. Celles-ci ont été menées de manière variée : à part les missions trimestrielles conjointes au Burkina, les supervisions conjointes ou indépendantes ont été insuffisantes (certains districts ou structures sanitaires visités par la mission n'ont pas reçu de visite de supervision pendant plus de trois mois) et sans outil uniformisé.

Alors que l'estimation des besoins en ATPE à l'échelle nationale a été adéquate, des ruptures de stock au niveau des structures de PCIMA ont persisté, le goulot d'étranglement principal étant l'acheminement entre les DS et les structures de PCIMA et ce dans les 3 pays et pour diverses raisons, dont principalement : déficiences de gestion au niveau des DS ou des formations sanitaires (manque d'anticipation ou méconnaissance des procédures) et faible capacité de stockage. Différentes mesures ont été prises pour pallier à ces ruptures : mission conjointe logistique/nutrition au Burkina, et suivi hebdomadaire des intrants au Niger avec un outil Excel élaboré à cet effet et testé à Maradi. En outre, la vente et des détournements à grande échelle des ATPE (stock entier ou une grande partie de stock au niveau des structures sanitaires) ont été signalés au Niger et au Tchad. Malgré des mesures prises par le Gouvernement, ces problèmes n'ont pas été éradiqués.

Modalités de mise en œuvre. Les trois pays disposent d'un protocole national. Seul le Burkina n'a pas encore adopté les normes de croissance de l'OMS de 2006¹ (avec le nouveau seuil pour le PB) ni les recommandations de la Déclaration Conjointe (UNICEF, PAM, OMS, SCN)² de 2008 sur l'utilisation du périmètre brachial comme critère indépendant pour l'admission à la prise en charge. Mais sa révision est prévue en 2013 et des formations selon les nouvelles normes internationales sont en cours avec l'appui de l'UNICEF et de Valid depuis 2010. Dans les trois pays, la mise en œuvre de la PCIMA dépend de la présence d'ONG, allant jusqu'à la substitution de certaines ONG aux services publics (la majorité des agents de santé étant ceux des ONG et/ou centres gérés par l'ONG), surtout au Niger et au Tchad, et ce malgré l'intégration physique de la PCIMA dans les formations sanitaires publiques. Par contre au Burkina, sous l'impulsion de la Direction de la Nutrition (DN) et de l'UNICEF et grâce à la concertation entre les différents acteurs, les modalités d'appui au ministère de la santé pour la PCIMA ont été harmonisées, les ONG prenant un rôle d'accompagnement en canalisant leur soutien au niveau des DS.

PCIMA. Le nombre total de cas de MAS (enfants de moins de 5 ans) admis en 2012 dans les trois pays a atteint environ 600 000, ce qui représente 65% du total des admissions sur l'ensemble des pays de la bande Sahel. Seul au Tchad les admissions ont dépassé les prévisions : 146 963 cas de MAS se rapprochant ainsi du scénario pessimiste qui prévoyait 159 000 cas. Au Niger, 369 000 cas de MAS soit 94% des cas attendus ont été admis. L'écart a été le plus important au Burkina avec 77 477 admissions alors que 99 840 cas de MAS étaient attendus. Les admissions par région montrent de fortes disparités: la présence variable des partenaires (soutenant entre autres le dépistage actif), la

¹ Normes pour le suivi de la croissance OMS 2006

² Déclaration conjointe

mobilité transfrontalière des populations ainsi que le niveau d'insécurité alimentaire réel dans les régions pourraient être parmi les raisons probables.

Dans les trois pays, les taux de guérison, décès et d'abandons au courant de l'année 2012 montrent une bonne performance au niveau national en matière de prise en charge nutritionnelle en se référant aux normes SPHERE :

- Burkina : guérison (86%), décès (1%) et abandons (13%)
- Niger : guérison (86%), décès (1%) et abandons (5%)
- Tchad : guérison (82%), décès (<1%) et abandons (12%)
- SPHERE : guérison (>75%), décès (<10,0%) et abandons (<15,0%)

Par contre des disparités existent entre les régions avec des taux d'abandons préoccupants dans certaines régions (comme le Lac et Salamet au Tchad avec 20% et 18% respectivement). Par ailleurs, des analyses supplémentaires des bases de données nationales et/ou régionales qui ont été effectuées par l'équipe d'évaluation, révèlent un nombre élevé de non-répondants (critères de guérison non atteints après la période de suivi prescrite) dus principalement à la faible adhérence au traitement de la part des populations avec des absences répétées, et d'autre part le manque quasi total de suivi communautaire des cas par des visites à domicile, ce qui peut être une cause de non-réponse au traitement.

Perception des bénéficiaires. Selon les avis collectés pendant les groupes de discussions, les populations bénéficiaires ont apprécié positivement les interventions en 2012. Certains bénéficiaires estiment que la malnutrition a diminué grâce aux différentes interventions, en particulier grâce à la sensibilisation et à l'accroissement de la fréquentation des centres nutritionnels. La PEC des MAS a été particulièrement appréciée et les vertus des ATPE ont été louées dans les trois pays.

Prévention à travers le Blanket Feeding (BF). Au Burkina et au Niger, l'UNICEF n'est pas impliqué dans la mise en œuvre du BF mais participe à sa planification à travers les mécanismes de coordination respectifs. Par contre au Tchad, le BF y a été mené par le PAM et l'UNICEF sans planification conjointe et selon des modalités de mise en œuvre différentes : le PAM travaillant à travers les ONG et l'UNICEF en partenariat avec le Centre national de nutrition et de technologie alimentaire (CNNTA). Le manque de coordination entre les deux agences a entraîné le chevauchement des activités. Un accord fut finalement conclu entre les deux agences, aboutissant ainsi à l'alternance des distributions pendant des périodes différentes dans certaines régions.

Paquet complémentaire. Les meilleurs résultats en terme d'activités WASH (nombre de centres de PCIMA dotés en intrants et distribuant les kits aux couples mères-enfants) ont été atteints au Tchad. Les intrants WASH ont pu être achetés grâce en autres à des fonds ECHO. Par contre, les résultats tant pour la stimulation psychosociale que pour WASH in Nut ont été très limités, voire inexistantes au Burkina. Les quelques activités réalisées l'ont été grâce à l'appui technique ou financier de WCARO ainsi qu'à l'engagement du personnel de l'UNICEF et des partenaires opérationnels. Mais l'engagement au sein de l'UNICEF n'a pas été uniforme et l'intérêt des partenaires pas toujours évident. De même, la coordination au sein de l'UNICEF ainsi que le financement largement insuffisants ont ralenti l'intégration.

Au Niger, grâce à la coordination inter-cluster WASH et Nutrition les partenaires se sont entendus sur un paquet minimum essentiel avec une faible valeur marchande afin d'éviter les abus. Avec l'appui de WCARO, une étude de faisabilité sur la prise en charge psychosociale a été menée. Des sessions de formation de formateurs, ainsi que des formations pour le personnel de l'UNICEF et d'agents de santé et travailleurs sociaux intervenant dans les CREN ont suivi. Les activités de stimulation psychosociale ont débuté à Zinder et Maradi en parallèle à la construction d'aires d'éveil avec un financement de la section Nutrition.

Dans les trois pays, l'ancrage de ces activités dans les politiques nationales (par exemple la stimulation psychosociale dans le protocole national) ainsi que l'ancrage institutionnel (différents ministères impliqués) n'ont pas été pris en compte en amont, constituant ainsi un handicap majeur au lancement et à la mise en œuvre des activités. Enfin, le manque de consultation et concertation par WCARO avec les équipes au niveau du pays avant de lancer ces initiatives a certainement contribué à l'absence d'appropriation par les sections concernées au sein de l'UNICEF.

Questions transversales. Durabilité. Dans les trois pays, la réponse à la crise soutenue par l'UNICEF a contribué au renforcement des capacités tant en planification au niveau des régions et districts qu'en mise en œuvre de la PCIMA au niveau des structures de PEC. Cependant, l'afflux de partenaires financiers et opérationnels a aussi créé une dépendance excessive vis-à-vis la mise en œuvre de la PCIMA, reconnue par la plupart des acteurs et à tous les niveaux. Le rôle de la contrepartie nationale a été variable, et a été particulièrement insuffisant au Tchad. En l'absence de budgets annuels alloués par le Ministère de la santé publique et l'absence de moyens logistiques, combinés à diverses contraintes institutionnelles, organisationnelles et opérationnelles, le CNNTA n'a pas été en mesure de relever les défis importants de coordination, de supervision, et de suivi/évaluation durant la réponse à

la crise. Par contre au Niger, l'engagement du Gouvernement s'est reflété par le recrutement massif et déploiement de 535 médecins et spécialistes médicaux afin d'améliorer la qualité des soins, ainsi que par une allocation budgétaire à la PCIMA.

Système de collecte et de gestion de l'information. Trois pays, trois systèmes : celui du Niger comporte la collecte hebdomadaire des admissions et une base de données nationale; alors qu'au Tchad, les données sur la PCIMA suivent un chemin parallèle à celui de système de santé étatique et sont centralisées et analysées à l'UNICEF. Quant au Burkina qui a aussi adopté un circuit unique sous la responsabilité de la DN, les admissions sont collectées et analysées mensuellement alors que les données sur les sorties ne sont analysées que trimestriellement.

Parmi les bonnes pratiques à relever : au Niger les admissions MAS et MAM ainsi que la complétude dans la soumission des rapports hebdomadaires sont analysées et présentées toutes les 2 semaines au GTN/Cluster qui les examine et prend des mesures correctives si nécessaire. Une analyse similaire se fait au niveau régional et district. Des réunions de coordination mensuelles au niveau de certains DS ont permis de résoudre des problèmes de promptitudes dans la transmission des données et des commandes d'ATPE. La qualité des données est vérifiée à tous les niveaux, et les données sont dans l'ensemble correctement utilisées pour la planification des activités, plus spécifiquement les estimations des commandes au regard des besoins.

Coordination. La coordination entre les parties prenantes et surtout avec et autour des autorités nationales en matière de nutrition bien que globalement meilleure en 2012 par rapport aux années précédentes, demeure un défi et ce malgré l'existence de cadres de coordination : Cluster Nutrition au Tchad avec coordinateur dédié, Cluster Nutrition sans coordinateur dédié renommé Groupe technique nutrition (GTN) au Niger, et Groupe de partenaires techniques et financiers sur la sécurité nutritionnelle (PTF-Nut) au Burkina Faso. En effet, ces cadres de concertation/coordination n'ont pas toujours permis de faire un état des lieux précis des engagements des différents acteurs et de leur mise en œuvre avec pour conséquences : parfois une duplication inutile des efforts (plus d'une ONG dans le même district) et une concentration inégale des ressources (certains districts, pourtant dans des régions prioritaires, sans partenaires). En ce qui concerne le rôle de ces cadres de consultation dans le renforcement des capacités et du leadership nationaux, seuls les Termes de référence (TDR) du groupe PTF Nut au Burkina Faso le soulignent.

8. Conclusions. C'est au Niger, pays confronté aux crises alimentaires et nutritionnelles depuis 2005, que la déclaration officielle de la crise et le début de réponse ont été les plus précoces. Par contre au Tchad où l'approche Cluster y est active depuis 2007 avec un coordinateur à plein temps pour la Nutrition, le plan de réponse du Cluster Nutrition n'a été élaboré qu'en avril 2012 et la promptitude et pertinence des interventions s'en sont ressenties. Malgré des déclarations officielles plus tardives au Burkina Faso, la communauté internationale avec l'UNICEF comme chef de file pour la nutrition et les ONG actives sur le terrain se sont mobilisés en amont de la déclaration officielle, grâce entre autres aux alertes fournies à travers les enquêtes SMART, ce qui a permis d'apporter une réponse adaptée.

Dans les trois pays, l'insuffisance de personnels qualifiés dans les formations sanitaires et la disparité dans la répartition du personnel sont déjà des problèmes préoccupants en dehors des situations de crises. Face à une recrudescence prévue d'admissions MAS, l'UNICEF a pertinemment appuyé les ministères de la santé au Niger et au Tchad pour le recrutement et le déploiement de personnel qualifié prioritairement dans les régions sans ONG et dans les structures ayant un nombre suffisant d'agents de santé. L'approche adoptée au Tchad à travers l'initiative « Revitalisation du système de la santé » est particulièrement intéressante sur le plan de la durabilité de par l'engagement du Ministère de la santé à intégrer ces contractuels dans la fonction publique. En février 2013, moins d'un tiers des contractuels recrutés avec l'appui financier de l'UNICEF avaient été ainsi intégrés. Bien qu'encourageants, ces résultats sont insuffisants. L'état d'avancement des engagements du Ministère mériterait d'être suivi de près, et à terme une évaluation de cette initiative devrait être menée.

Dans les trois pays, les stratégies en cours pour le renforcement des capacités du personnel de santé dans le domaine de la PCIMA sont fortement dépendantes du financement de l'UNICEF et des autres PTF, et d'un appui technique externe. Cette situation n'est pas très favorable à la pérennité, et l'intégration d'un module sur la PCIMA – en cours d'élaboration par l'UNICEF en collaboration avec l'OOAS – dans les curricula des écoles de formation professionnelle des médecins et infirmiers pourrait amener une solution plus durable.

Malgré des initiatives initiées et financées par l'UNICEF telles que les supervisions trimestrielles conjointes de tous les partenaires au Burkina, et l'appui financier de l'UNICEF aux Ministères de la santé à tous les niveaux (central, régional et district) dans les trois pays, la supervision a été inadéquate. Au vu de l'importance des supervisions (individuelles ou conjointes) par toutes les parties prenantes pour identifier les goulots d'étranglement dans la mise en œuvre et prendre les mesures correctives nécessaires, un calendrier de visites et la standardisation des outils de supervision devraient être développés dans les trois pays.

Même si globalement les pourcentages de couverture nationale ont été corrects, les estimations des cas attendus par région au sein de chaque pays se sont avérées inexactes. Dans les trois pays, les données des admissions désagrégées montrent de fortes disparités entre les régions, résultant de l'insuffisance et de l'inégalité dans la répartition des formations sanitaires selon les régions ainsi que de la présence variable des ONG. L'estimation des cas attendus (surtout au niveau régional) n'a donc pas été optimale et des divergences existent dans les paramètres utilisés pour les estimations des cas attendus entre WCARO et les bureaux de l'UNICEF au Burkina et au Niger. La méthode et paramètres utilisés pour les estimations de cas MAS attendus devrait donc être revue.

Dans les trois pays, les taux de guérison, décès et d'abandons au niveau national montrent une bonne performance en matière de prise en charge nutritionnelle en se référant aux normes SPHERE. Comme pour les admissions, des disparités existent entre les régions avec des taux d'abandons particulièrement préoccupants dans certaines régions au Tchad. Par ailleurs, des analyses supplémentaires des bases de données nationales et/ou régionales qui ont été effectuées par l'équipe d'évaluation, révèlent un nombre élevé de non-répondants dus principalement à la faible adhérence au traitement de la part des populations avec des absences répétées, et d'autre part le manque quasi total de suivi communautaire des cas par des visites à domicile, ce qui est cause fréquente de non-réponse au traitement. Le suivi communautaire, un aspect pourtant inclus dans les divers protocoles nationaux, a été faible et devrait être renforcé.

La dichotomie dans le soutien de l'UNICEF et du PAM à la PCIMA, respectivement PEC MAS et PEC MAM, a affecté le continuum de la PEC au niveau des structures sanitaires dans les trois pays, même au Niger où une lettre d'entente établie précocement entre les deux agences définit clairement les responsabilités respectives. Parmi les facteurs qui ont affecté le continuum de la PEC MAS vers la MAM : le niveau de financement obtenu par le PAM n'a pas permis de couvrir toutes les structures sanitaires effectuant la PCIMA ; et/ou partenaires ONG différents (la plupart des ONG soutenant soit la PEC de la MAS soit la PEC de la MAM mais pas les deux) ; et/ou ruptures de stock plus fréquentes pour la PEC de la MAM (problèmes de gestion mais aussi de mobilisation insuffisante et ou tardive de fonds).

Le plan stratégique global de réponse prévoyait « un ensemble intégré d'interventions portant sur la nutrition, la santé, l'eau, l'hygiène et l'assainissement, ainsi que les changements de comportements ». Le Blanket Feeding y est présenté comme l'unique stratégie de prévention, et les autres activités reconnues de prévention dont - ANJE et WASH - y sont incluses dans ce qui a été dénommé « paquet complémentaire ». Dans ce dernier, aucune mention spécifique n'y est faite à la PEC psychosociale, qui, nonobstant cette absence s'y afférant, a été activement promue par la Section de la Protection de l'Enfance de WCARO et intégrée dans les plans de réponse des trois pays.

Bien que le plaidoyer et le soutien technique et financier des sections respectives de WCARO ont joué un rôle primordial, ces lignes directrices du plan stratégique global ont été comprises et appliquées de manière différente dans les plans de réponse développés au niveau de chacun des trois pays : l'importance accordée à l'un ou l'autre des éléments du « paquet complémentaire », le rôle de l'UNICEF dans leur mise en œuvre, leur appropriation par le personnel technique de l'UNICEF dans les bureaux pays et le niveau de financement mobilisé ont été variables.

9. Recommandations. Des recommandations spécifiques ont été formulées dans chaque étude de cas à l'endroit du Gouvernement, de WCARO et des bureaux de l'UNICEF dans les trois pays. En outre, l'équipe d'évaluation recommande les actions suivantes à l'endroit de WCARO:

1. Le recrutement d'un coordinateur avec les compétences et attributs nécessaires ainsi qu'un atelier de formation Cluster pour en renforcer la cohésion ainsi que son efficacité et efficacité
2. Evaluation indépendante de l'initiative de revitalisation du système de la santé du Tchad en vue de sa réplique dans d'autres pays
3. Un audit dans les pays où les détournements à large échelle des ATPE ont eu lieu avec l'élaboration de mécanismes visant tant à un meilleur contrôle pour les prévenir qu'à des mesures plus efficaces à l'encontre des contrevenants
4. Atelier inter-pays afin de développer des actions communes pour améliorer la mise en œuvre d'une réponse aux crises nutritionnelles/prise en charge de la malnutrition véritablement intégrées; en particulier les thèmes suivants : supervision, système de collecte et de gestion de l'information, la prévention et l'intégration
5. Réunions de consultation entre les sections Nutrition des bureaux régionaux du PAM et de l'UNICEF WCARO pour réexaminer/redéfinir les modalités de collaboration entre les deux agences dans la PCIMA et la prévention
6. Réunion consultative d'experts portant sur la méthode d'estimation des cas de malnutrition attendus, et les indicateurs de performance non inclus dans les références internationales (normes SPHERE) : comme les pourcentages de non-réponse et de références médicales

1 INTRODUCTION

1.1 Contexte de l'évaluation

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

Plus spécifiquement, la **Stratégie de Réponse en Nutrition** avait pour objectif global de « Réduire la mortalité et les dommages permanents causés par la malnutrition aiguë à travers un ensemble intégré d'interventions :

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

Au vu de la portée géographique de la crise du Sahel (nombre de pays, ampleur de ses effets sur les enfants) et du niveau de réponse fournie, UNICEF WCARO a décidé de mener une évaluation indépendante qui couvre la période janvier-décembre 2012 afin de savoir si la réponse à la crise nutritionnelle a été de qualité, cohérente et durable, et ce en vue d'apprendre et d'améliorer sa réponse. Trois pays ont été choisis pour les études de cas : Burkina Faso, Niger et Tchad. Le choix s'est porté sur ces trois pays en raison des fortes estimations de cas attendus (Burkina Faso ~ 100 000; Niger ~ 393 000 et Tchad ~ 127 000) et de leur différence dans la mise à l'échelle des programmes PCIMA. En outre, les mécanismes de coordination diffèrent dans les trois pays: le Tchad dispose d'un coordinateur pour le cluster nutrition, le Niger a un cluster nutrition mais sans coordonnateur dédié, le Burkina Faso n'a pas de cluster nutrition mais un groupe de travail nutrition.

1.2 Sécurité alimentaire et nutritionnelle dans les trois pays concernés par l'évaluation

Cette section présente la situation nutritionnelle qui prévalait en 2011, les signes d'alerte qui ont amené à la déclaration de la crise alimentaire et nutritionnelle, et enfin le calendrier de la réponse

1.2.1 Sécurité alimentaire

Burkina Faso. La campagne agricole 2011 s'est caractérisée par un déficit important qui a été mis en exergue dans le rapport provisoire du ministère de l'agriculture dès le mois d'août 2011. En février 2012 (juste avant la déclaration officielle de la crise), les statistiques définitives de la campagne agricole 2011-2012 faisaient ressortir un bilan céréalier national déficitaire de 154 462 tonnes. Cette situation agricole, essentiellement liée à une baisse de la pluviométrie et sa mauvaise répartition spatio-temporelle a compromis les perspectives alimentaires. Les sept régions plus touchées par la crise alimentaire étaient : le Sahel, le Nord, l'Est, le Centre-Nord, le Centre-Est, le Centre-Ouest et la Boucle de Mouhoun.

Niger. Fin 2011 les effets conjugués d'une mauvaise répartition pluviométrique et des attaques de ravageurs ont entraîné un déficit céréalier brut important. Les résultats définitifs de l'enquête de prévision et estimation des récoltes ont fait état d'une accentuation du déficit céréalier qui est passé de 520 000 tonnes à 692 000 tonnes. Le bilan fourrager était aussi déficitaire d'environ 10 000 000 tonnes de matières sèches. Toutes les régions du pays étaient déficitaires à des degrés différents,

toutefois les régions de Tillabéry, Tahoua, Diffa et Niamey étaient les plus fortement touchées.

Tchad. Déjà en 2010, le Tchad a fait face à une importante crise alimentaire et nutritionnelle résultant principalement de politiques et de programmes inefficaces et inadéquats pour la protection des populations face aux variations saisonnières régulières et/ou cycliques (FSNGW 2012). La production céréalière a enregistré une très forte baisse en 2011 : au niveau national : -19% par rapport à la moyenne quinquennale et -39% par rapport à 2010 ; et en zone sahélienne : -28% par rapport à la moyenne quinquennale et - 54% par rapport à l'année précédente (FAO 2012). Les zones de mauvaise production agropastorale et piscicole ont concerné toute la bande sahélienne (Batha, BEG, Kanem, Hadjer Lamis, Lac, N'Djamena, Ouaddai, Salamat, Silat et Wadi Fira).

1.2.2 Situation nutritionnelle

L'insécurité alimentaire est intervenue dans une situation déjà précaire sur le plan nutritionnel.

Au **Burkina**, la prévalence de la MAG à l'échelle nationale était de 10,2%, et celle de la MAS de 2,4%. La prévalence de la Malnutrition aigüe globale (MAG) était supérieure à 10% dans sept régions : Boucle de Mahon, Centre Est, Centre Nord, Centre Ouest, Nord et Sahel (Enquête SMART d'août – septembre 2011).

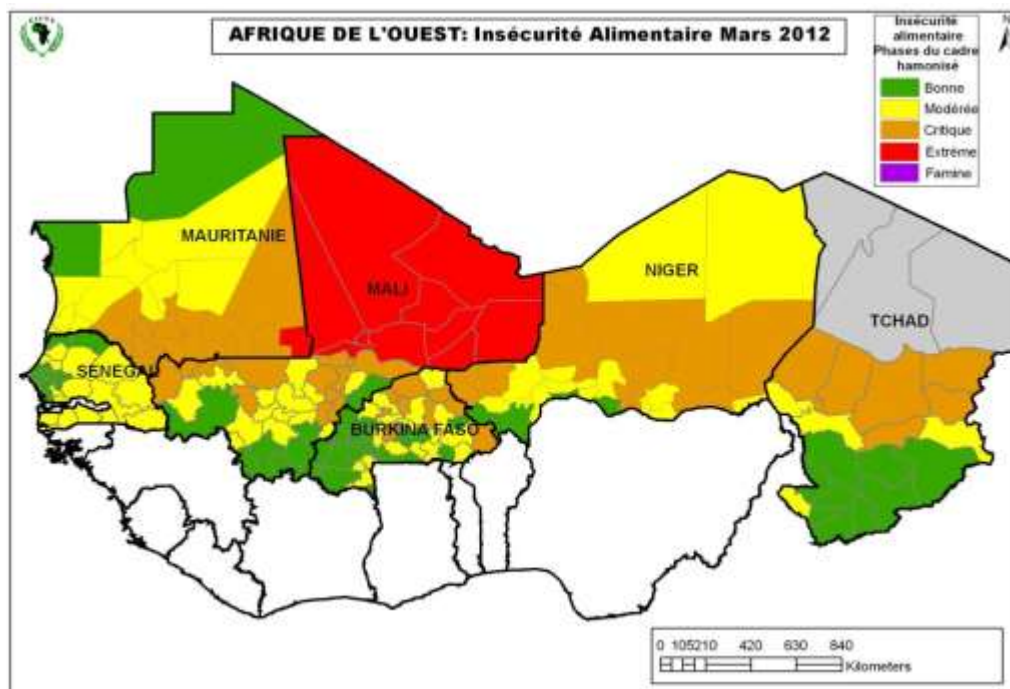
Au **Niger**, sur le plan national le taux de MAG s'élevait à 12,3% selon les standards OMS. Ce taux, qui est en dessous du seuil d'urgence (15%), a considérablement diminué par rapport à celui de l'enquête de juin 2010 qui était de 16.7% pour l'ensemble du pays. Le taux de MAS a également baissé, passant de 3,2% à 1.9% entre juin 2010 et juin 2011 (INS/DN 2011). Par contre la prévalence de la MAG était supérieure à 10% (seuil d'alerte) dans sept régions : Diffa, Dosso, Maradi, Niamey, Tahoua, Tillabéry et Zinder.

Une « urgence pour les enfants » s'installe dans la région du Sahel en Afrique de l'Ouest et du Centre

Plus d'un million d'enfants dans la région du Sahel en Afrique de l'Ouest et du Centre sont en danger de malnutrition sévère. Des précipitations insuffisantes, de mauvaises récoltes et la hausse du prix des denrées alimentaires ont rendu des centaines de milliers d'enfants vulnérables et affaiblis (UNICEF décembre 2011).

Parmi les trois pays, le taux de MAG le plus élevé a été rapporté au **Tchad** avec une prévalence de 14,5% à l'échelle nationale (en août 2011 avec des régions où le seuil d'urgence a été dépassé telles qu'à Batha (16,2%), BEG (17,8%), Hadjer Lamis (15,7%), Kanem (20,10%), Salamat (15,4%) et Wadi Fira (18%).

Graphique 1 Cartographie de l'insécurité alimentaire dans la bande du Sahel



Source : Cellule d'analyse de la vulnérabilité ACF, CILSS, FAO, FEWS NET, OXFAM, PAM. Save the Children. Niamey 2-6 avril 2012.

1.2.3 Séquences de la réponse

La déclaration la plus précoce s'est faite au **Niger**, dès juillet 2011 ; et un début de réponse s'y est enclenché dès décembre. Tant le Gouvernement que les acteurs humanitaires ont œuvré pour évaluer la situation, affiner le ciblage des régions les plus vulnérables tout en préparant des plans de contingence et de soutien. Ceux-ci ont été régulièrement mis à jour au fur et à mesure de la disponibilité d'informations provenant du SAP et autres enquêtes menées par les partenaires.

A suivi le **Tchad** avec une déclaration de crise en décembre 2011 à la lueur des résultats d'enquêtes sur la sécurité alimentaire et les marchés menées en novembre 2011 par le Gouvernement en collaboration avec le PAM, la FAO et le Comité permanent inter-états de lutte contre la sécheresse dans le Sahel (CILSS). La réponse de l'UNICEF a débuté dès janvier 2012 à travers un appui à l'ouverture de nouveaux sites de PEC.

Au **Burkina**, la déclaration de crise et l'appel à la communauté internationale ne se sont faits qu'en mars 2012 après la publication des résultats de bilan agricole en février. Le plan intégré de réponse de l'UNICEF fut préparé en avril.

Leçons apprises/facteurs de succès

- Anticipation de la crise/mobilisation précoce des fonds par l'UNICEF (Niger)
- Elaboration d'un plan de soutien au niveau national avec la participation de tous les acteurs (Niger)
- Elaboration de plans de réponses au niveau des régions qui est la partie opérationnelle des plans de soutien (Niger)

1.3 Champ de l'évaluation

Selon les termes de référence de la présente évaluation, et en accord avec les objectifs définis par le Groupe de travail régional sur la sécurité alimentaire et nutritionnelle, la réponse intégrée mise en œuvre par l'UNICEF dans les neuf pays de la bande Sahélienne a mis l'accent sur la mise à échelle de la PCIMA.

En référence au rapport du Groupe de travail régional sur la sécurité alimentaire et nutritionnelle, il a semblé pertinent aux consultants d'organiser leurs analyses de la réponse intégrée selon les trois volets identifiées dans ce document, à savoir :

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

L'équipe d'évaluation s'est focalisée dans son analyse sur les **composantes de la réponse intégrée nutrition qui ont reçu l'appui technique et financier de l'UNICEF** : la PCIMA qui a reçu la majorité de cet appui, mais aussi les éléments du paquet complémentaire et de la prévention, dans la mesure où ceux-ci ont été initiés et/ou appuyés par l'UNICEF dans le cadre de la réponse.

1.4 Structure du rapport

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

2 OBJECTIFS ET APPROCHE METHODOLOGIQUE DE L'EVALUATION

Ce chapitre décrit les objectifs de l'évaluation, la méthodologie et le calendrier de la mission

2.1 Objectifs de l'évaluation

Cette évaluation a pour objet d'apprécier, de manière aussi systématique et impartiale que possible, la réponse de l'UNICEF à la crise alimentaire et nutritionnelle dans trois pays de la bande Sahélienne (Burkina Faso, Niger et Tchad) et de contribuer ainsi à l'apprentissage organisationnel. Plus spécifiquement, cette évaluation vise à examiner, de manière aussi systématique et objective que possible :

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

Pour chacune de ces questions l'équipe d'évaluateurs a analysé les résultats obtenus. Les enseignements tirés (contraintes et facteurs de succès) et les bonnes pratiques sont présentés pour chacun des thèmes discutés à la fin de chaque chapitre.

2.2 Méthodologie

Comme recommandé dans les TDR, l'équipe d'évaluateurs a développé la méthodologie - comprenant un rapport narratif, une grille (matrice) d'évaluation et les instruments de collecte d'information, notamment un guide d'entretien ; un guide pour les discussions de groupe avec les membres de la communauté ; et une grille d'observation des activités de prise en charge (PEC) de la malnutrition aigüe sévère (MAS). Ces documents sont joints en annexe (Annexe 7).

Les indicateurs retenus dans la matrice sont issus des documents fournis par WCARO notamment le plan de réponse globale élaboré par le FSNWG, les rapports de situation mensuels de l'UNICEF (« Sitrep ») et les protocoles nationaux de PCIMA. Pour les questions des TDR pour lesquels aucun indicateur n'a pu être extrait de ces documents, l'équipe d'évaluateurs a proposé des indicateurs « proxy » à titre illustratif et non limitatif, le but étant d'apporter – dans la mesure du possible – des réponses systématiques basées sur l'évidence.

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

Revue documentaire. Dans chacun des trois pays, l'équipe d'évaluateurs a complété la documentation déjà fournie par la section nutrition du bureau régional auprès des bureaux pays de l'UNICEF, ainsi qu'auprès des parties prenantes rencontrées. La liste des documents consultés est jointe en annexe (Annexe 2).

Entretiens individuels. Les principales parties prenantes sont celles impliquées dans l'une ou l'autre ou plusieurs des différentes phases et aspects de la réponse intégrée nutrition, notamment : planification, mobilisation de fonds, financement et mise en œuvre. Les entretiens individuels ont été menés à différents niveaux administratifs et décisionnels: capitale, régions, districts et structures sanitaires (Annexe 1):

- UNICEF : diverses sections techniques et sous-bureaux (où présents)
- Ministère de la santé: essentiellement l'entité responsable de la nutrition notamment la Direction de la nutrition (DN) au Niger et Burkina Faso, et le Centre national de nutrition et technologie

alimentaire (CNNTA) au Tchad; ainsi que les équipes cadres régionales et de district, et le personnel de santé au niveau périphérique

- Partenaires techniques et financiers (PTF) tels que l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le Programme alimentaire mondial (PAM), le Bureau de la coordination des affaires humanitaires (OCHA), l'Office Humanitaire de la Communauté Européenne (ECHO) et l'Agence Espagnole de coopération internationale pour le développement (AECID); et
- Partenaires de mise en œuvre : entretiens individuels et de groupe avec des Organisations Non-Gouvernementales (ONG) internationales et locales ; tant au niveau de leurs représentations au niveau de la capitale que sur le terrain.

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

Régions et districts visités. Les régions ont été choisies sur la base d'un taux élevé d'admissions MAS (et/ou ayant dépassé les prévisions) et présence d'un sous-bureau de l'UNICEF (Niger et Tchad) ; en privilégiant l'accessibilité tant sécuritaire que logistique (durée de déplacement la plus courte possible afin de maximiser le temps alloué aux entretiens et visites de structures sanitaires).

En vue de documenter au mieux les effets de la présence de partenaires (ONG locales ou internationales) sur la réponse, trois cas de figures ont été retenus dans le choix des DS et structures de santé, à savoir :

1. un site sans appui d'une ONG
2. un site soutenu par une ONG internationale ;
3. un site soutenu par une ONG locale.

Tableau 2 Régions et districts visités		
Pays	Région	District
Burkina Faso	Nord	Ouahigouya, Séguénéga et Yako
	Centre-Nord	Kongoussi
Niger	Maradi	Aiguié, Guidam, Roumdji, Madarounfa, Maradi (urbain)
Tchad	Hadjer Lamis	Massaguet
	Kanem	Mao
	Wadi Fira	Iriba

Au niveaux régional et district, l'équipe d'évaluateurs s'est entretenue avec les équipes cadre des régions sanitaires et les équipes cadre des districts (ECD). Ces entretiens ont été orientés par le guide d'entretien utilisé au niveau central.

Observation d'activités de PCIMA. Au total, l'équipe d'évaluateurs a visité neuf centres de prise en charge (PEC) hospitalière pour les enfants souffrant de malnutrition aigüe sévère (MAS) avec complications et seize centres de PEC ambulatoire pour les enfants souffrant de MAS sans complications. Bien qu'ayant programmé de visiter les centres de PEC ambulatoire en activité, les aléas ont fait que certains n'avaient pas d'activités PCIMA en cours le jour de la visite. Dans ces derniers, l'équipe d'évaluateurs a pu s'entretenir avec le personnel étatique et des ONG présentes, et faire une revue documentaire des fiches et des outils de gestion disponibles.

Tableau 3 Sites de PEC de la MAS et groupes de discussions

Pays	Régions	Districts	PEC hospitalière	PEC ambulatoire	Discussions de groupe avec les bénéficiaires	
					H	F
Burkina Faso	2	4	3	7	5	6
Niger	1	4	3	5	3	4
Tchad	3	4	3	4	1	4
Total	6	12	9	16	9	14

Groupes de discussion avec les bénéficiaires. En vue de recueillir les avis des bénéficiaires et de la communauté sur leurs perceptions de la réponse à la crise de 2012, des groupes de discussion ont été menés avec les membres de la communauté autour des sites de PCIMA visités par l'équipe d'évaluateurs.

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

Analyse de données quantitatives. Dans chaque pays, les bases de données existantes concernant les admissions et la performance (couverture et taux de guérisons, abandons et décès) ont été exploitées, dans la mesure du possible, pour des analyses supplémentaires.

Analyse. L'équipe d'évaluateurs a croisé ses observations (entrevues et visites de terrain) avec les informations obtenues à travers la revue documentaire (**Annexe 4**). Toute divergence entre les observations de l'équipe d'évaluateurs lors de ses visites de terrain et autres sources d'informations (tels que divers rapports ou compte rendus des réunions du Cluster), ainsi que toute divergence de vues entre les différentes parties prenantes sont signalés et discutés.

Chaque visite de pays s'est conclue par une réunion de restitution interne UNICEF ; une réunion de restitution s'est aussi tenue au niveau du bureau régional au terme du séjour à Dakar.

2.3 Déroulement de l'évaluation

L'équipe d'évaluateurs était composée de deux consultant(e)s indépendantes spécialistes en nutrition et évaluation recrutées par WCARO, et ont rejoints dans chaque pays un(e) consultant(e) national(e) identifié(e) par les bureaux pays de l'UNICEF.

Le processus de l'évaluation a débuté à Dakar par une phase préparatoire (9 au 16 février) pour élaborer la méthodologie et des outils de collecte des données. Durant leur séjour les membres de l'équipe, ont également eu l'opportunité de s'informer et de dialoguer avec les personnes ressources au sein de diverses sections de WCARO. S'en sont suivies les visites du Tchad (17 au 28 février), du Niger (18 au 30 mars) et du Burkina Faso (1^{er} au 14 avril). L'équipe d'évaluateurs s'est conclue par un séjour à Dakar (15 au 23 avril) qui s'est achevé avec une séance de restitution portant sur les trois études de cas. Les itinéraires de la mission d'évaluation dans chacun des trois pays sont joints en annexe (**Annexe 1 Itinéraires de la mission d'évaluation**).

Au terme de ces visites, les membres de l'équipe ont préparé et soumis un rapport par pays. Le présent rapport de synthèse regroupe les principales conclusions, enseignements et recommandations de ces trois études de cas (pour des informations plus détaillées, se référer aux trois études de cas).

2.4 Considérations d'éthique

Les personnes interviewées ont été informées sur les objectifs de la mission d'évaluation à travers une note d'information élaborée à cet effet et qui leur a été envoyée lors de la demande de rendez-vous. A chaque entrevue, l'équipe d'évaluateurs a fourni des informations complémentaires concernant la méthodologie adoptée et la confidentialité des entretiens. Les participants des groupes de discussion avec les bénéficiaires sollicités ont été informés sur la nature des questions qui leur seront posées, que les informations recueillies seront enregistrées mais qu'elles resteront confidentielles et que leurs noms ne seront pas divulgués. Leur consentement a été obtenu avant de démarrer les discussions de groupe.

2.5 Contraintes et limites

Parmi les principales difficultés rencontrées au cours de l'évaluation, il convient de mentionner deux contraintes communes aux trois pays: (1) le raccourcissement de la phase préparatoire (suite à des problèmes administratifs) qui a restreint le temps assigné à la revue documentaire et à l'élaboration de la méthodologie; et (2) la durée relativement courte de l'évaluation face à la complexité de la crise, du nombre de parties prenantes et de la richesse de la documentation disponible. Par ailleurs, quelques contraintes d'ordre administratif, logistique (calendrier des vols; distances à parcourir), sécuritaire et technique (disponibilité de l'information/données; mémoire institutionnelle) ont affecté de manière variable l'une ou l'autre des résultats des trois pays. Celles-ci sont résumées dans l'Annexe 1.

3 RESSOURCES DEPLOYEES PAR L'UNICEF

Ce chapitre examine l'adéquation de la réponse de l'UNICEF aux besoins prioritaires identifiés.

Dans les trois pays, l'appui financier et technique de l'UNICEF a visé principalement à améliorer et la couverture et la performance de la prise en charge de la MAS ambulatoire et hospitalière, et à y intégrer un paquet complémentaire d'activités. Cet appui a concerné les domaines suivants : ressources humaines (au sein de l'UNICEF et du Ministère de la santé), renforcement des capacités du personnel du Ministère de la santé, amélioration de la supervision ainsi que l'approvisionnement en intrants, en particulier les Aliments thérapeutiques prêts à l'emploi (ATPE), mais aussi les médicaments essentiels, les kits WASH et autre matériel.

3.1 Ressources humaines

3.1.1 Au sein de l'UNICEF : bureau pays et/ou sous-bureaux

Au **Burkina**, aucun personnel supplémentaire n'a été engagé par le bureau de l'UNICEF, celui-ci ayant jugé que l'équipe en place était suffisante. Toutefois certains partenaires interviewés ont estimé qu'un personnel supplémentaire, notamment des spécialistes en nutrition aurait augmenté les capacités de supervision de l'UNICEF sur le terrain, un avis partagé par l'équipe d'évaluateurs au vu des responsabilités de redevabilité de l'UNICEF en tant qu'acteur principal dans la réponse à la crise nutritionnelle.

Au vu des crises récurrentes au **Niger**, le bureau de l'UNICEF a jugé que le personnel technique déjà en place avait l'expérience et les outils nécessaires pour faire face à une augmentation de leurs activités. Néanmoins au vu de l'ampleur de la réponse nécessaire, deux nutritionnistes furent déployés à Tahoua et Zinder et quatre logisticiens pour la nutrition à Dosso, Tillabéry, Zinder et Tahoua, afin de renforcer les aspects logistiques ainsi que le suivi; une initiative déjà adoptée en 2010. Les logisticiens en nutrition ont été placés là où l'UNICEF n'a pas de sous-bureau (les deux sous-bureaux de l'UNICEF au Niger sont à Maradi et Agadez).

Une approche similaire a été suivie au **Tchad**, avec le recrutement dès le premier semestre 2012, de cinq spécialistes en nutrition pour les sous-bureaux des régions de la bande du Sahel. Ces chargés de nutrition devaient assurer la supervision des activités, le renforcement des capacités du personnel de santé étatique au niveau régional, district et périphérique, la gestion des intrants fournis par l'UNICEF sur leur zone (à travers la DRS) et assurer les suivi statistique mensuel des activités. Cette mesure, qui normalement aurait dû être un élément très positif pour le soutien aux interventions et pour l'amélioration du suivi technique des activités de nutrition sur les zones les plus touchées par la crise, est perçue de manière différente par les partenaires interviewés. Les capacités techniques variables des spécialistes identifiés et une certaine surcharge de travail (par exemple, une seule personne devant couvrir 3-4 régions à partir du sous-bureau d'Abéché) auraient été des facteurs limitant l'efficacité de cette mesure.

3.1.2 Appui au Ministère de la santé

Alors qu'aucun appui en ressources humaines au système étatique de santé n'a été jugé nécessaire au **Burkina**, au **Niger** l'UNICEF, en consultation avec les Directions régionales de la santé publique (DRSP) a appuyé le recrutement de contractuels pour répondre aux besoins en ressources humaines. Ainsi durant le premier semestre 2012, 384 infirmiers, assistants nutritionnels et manœuvres ont été affectés aux Centres de santé intégrés (CSI) et hôpitaux, prioritairement dans les régions où il n'y a pas de partenaires et pour les structures qui n'ont pas un nombre suffisant d'agents de santé. Les procédures de recrutement et les barèmes des salaires se sont faits selon les normes nationales.

Au **Tchad**, la question des ressources humaines dans le secteur de la santé se posant avec acuité en termes de quantité, de qualité, et de répartition géographique, l'UNICEF a lancé en mai 2012 un projet de revitalisation du système de santé dans la bande sahélienne. Ce projet, qui prévoyait le recrutement progressif de 200 à 400³ infirmiers d'état, visait à combler le gap en ressources humaines dans les formations sanitaires et améliorer ainsi la qualité de la prise en charge nutritionnelle dans la bande sahélienne.

La mise en œuvre du projet de revitalisation a été tardive, et une première cohorte de 100 infirmiers d'état (la moitié du chiffre proposé dans le scénario minimal) a été recrutée et formée à N'Djamena sur le Paquet minimum d'activités (PMA) en mai 2012 en vue de leur déploiement sur le terrain fin mai/début juin 2012. En juin 2012, ces 100 agents ont été affectés aux CS qui, même si récemment construits, n'étaient pas opérationnels par manque de personnel, ce qui a permis d'élargir assez

³ Le projet de revitalisation a proposé 3 scénarios (200, 300 ou 400) en fonction des contraintes budgétaires

rapidement la couverture géographique de la PCIMA. Par exemple, dans la région du Kanem la Délégation sanitaire régionale (DSR) a exprimé sa grande satisfaction et appréciation de l'arrivée de 22 agents ainsi déployés.

Selon l'accord établi entre l'UNICEF et le ministère de la santé ce personnel, dont le recrutement a été fait selon les procédures du MSP et qui a été payé dans un premier temps par l'UNICEF selon les barèmes nationaux (fonds transférés au MSP), devrait être intégré à la fonction publique pour augmenter la capacité de l'Etat à répondre à plus long-terme aux besoins sanitaires des populations. L'intégration d'une première cohorte d'une trentaine d'infirmiers à la fonction publique s'est concrétisée dès le premier trimestre 2013.

3.2 Renforcement des capacités

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

Au Niger les besoins en formation ont été évalués et planifiés au niveau de chaque région. Par exemple, comme prévu dans le plan de réponse préparé en mars 2012 par le sous-bureau de l'UNICEF à Maradi et les partenaires, la formation – axée sur les supervisions formatives – a été effectuée ; elle a concerné les médecins nouvellement intégrés et affectés au niveau de la région de Maradi et un agent par CSI, particulièrement les responsables des activités de récupération nutritionnelle ambulatoire pour sévères (CRENAS).

Au Tchad, à part la formation en PMA reçue par le nouveau personnel paramédical recruté à travers le projet de revitalisation des structures sanitaires, tout le personnel déployé/déjà présent dans les nouveaux « centres nutritionnels » devait être formé à la PCIMA selon le protocole national, conjointement par l'UNICEF (sous-bureau) et l'ONG présente dans la région et ce dans le cadre de la mise en échelle de la réponse dans chaque région. Cette formation a été tardive : entre août et novembre 2012, l'UNICEF a soutenu la formation de 363 agents de santé et volontaires.

3.3 Supervisions

Au Burkina, l'UNICEF a initié et financé des missions de supervision conjointes trimestrielles des membres du GTN et de la DN dénommées « Missions conjointes d'opérationnalisation et de suivi du volet nutrition du plan de réponse nationale à la crise alimentaire 2012 ». Aux dires de l'ensemble des parties prenantes interviewées, ces missions ont contribué à orienter l'opérationnalisation du volet nutrition du plan de réponse national ainsi qu'à échanger sur divers aspects tels que le rapportage des données nutritionnelles et la gestion de stocks des intrants.

Au Niger, l'UNICEF a appuyé financièrement les supervisions de la DN, des DRSP et des Districts sanitaires (DS). En outre des supervisions conjointes ont été réalisées. Au niveau des sous-bureaux, les visites de supervisions sont régulièrement planifiées. Mais des contraintes et insuffisances subsistent : les supervisions sont irrégulières ; certains outils de collecte des données sont insuffisants ; et les supervisions sont trop espacées dans le temps.

Au Tchad, les supervisions tant par l'UNICEF que par le MPS ont été insuffisantes et irrégulières (certains districts ou structures sanitaires visités par la mission n'ont pas reçu de visite de supervision pendant plus de trois mois) par manque de moyens (MSP niveau central : CNNTA, mais aussi DRS et DS). Par ailleurs, il n'y a pas de système en place pour les répertorier encore moins pour prendre des mesures correctives.

Dans les trois pays, les supervisions ont souffert des problèmes suivants :

- Absence d'outils standardisés : grille et/ou paramètres de supervision
- Manque de moyens (ressources humaines et budget) à tous les niveaux des ministères de la santé
- Supervisions indépendantes de l'UNICEF non planifiées au niveau des bureaux de l'UNICEF

Tableau 4 Différents modèles de supervision

Model de supervision	Burkina Faso	Niger	Tchad
Par spécialistes nutrition bureau pays (UNICEF)	Pas planifiée Insuffisante / déléguée aux ONG	Insuffisante, planifiée mais irrégulière par surcharge de travail	(nouvelle équipe en place)
Par équipe sous-bureau	Non applicable	Planifiée et opérationnelle avec difficultés couverture géographique	Planifiée mais couverture géographique trop grande
Par cadres nationaux à tous les niveaux	Financées par UNICEF: <ul style="list-style-type: none"> • fréquence et qualité variables • « sous-traitances » aux ONG 	Financées par UNICEF: <ul style="list-style-type: none"> • fréquence et qualité variables • « sous-traitances » aux ONG 	Financées par UNICEF: <ul style="list-style-type: none"> • fréquence et qualité variables • « sous-traitances » aux ONG
Supervisions conjointes UNICEF-état-partenaires	Menées par DN (appui financier UNICEF)	Réalisées à des fréquences variables au niveau des régions	Réalisation de supervisions conjointes UNICEF -Partenaires

3.4 Logistique et approvisionnement

Burkina. Début 2012 bien avant la déclaration de la crise, l'UNICEF a adopté une approche proactive en mettant en place un stock d'urgence doublé de commandes anticipées ce qui a permis de disposer d'un stock initial pour démarrer une partie de la réponse, et éviter ainsi des ruptures de stock.

Globalement, la gestion des intrants (ATPE et médicaments du protocole systématique) et les autres aspects sous la responsabilité de l'UNICEF (commande initiale, achat, transport jusqu'aux DS) a été adéquate. Les quelques problèmes survenus au niveau périphérique - Centres de santé et de promotion sociale (CSPS) et Districts - ont été ponctuels et principalement liés aux déficiences de gestion au niveau des DS ou des formations sanitaires et/ou leur faible capacité de stockage. Au regard de ces problèmes, l'UNICEF a soutenu une mission conjointe (logistique et nutrition) afin d'examiner la situation. Suite à cette mission, les gestionnaires des dépôts pharmaceutiques ont été formés en avril 2012 sur la gestion des stocks et du suivi de la consommation et des commandes d'ATPE.

Au **Burkina Faso**, en avril 2012, l'UNICEF et la DN ont formé les « pharmaciens » des formations sanitaires (personnel en charge du suivi de la consommation et des calculs de besoins en intrants thérapeutiques) suite à l'identification de lacunes au niveau de la gestion des intrants. Cette formation avait pour but de prévenir les ruptures et améliorer la gestion des intrants thérapeutiques au niveau des formations sanitaires. Cela a permis en sus de clarifier leurs rôles dans les structures et d'impliquer ce personnel dans la PCIMA.

Le bureau de l'UNICEF au **Niger** achète depuis 2006 plus de 90% de la totalité de la production d'ATPE d'un producteur nigérien d'ATPE sous licence Nutriset depuis 2005. 2011 a été la première année pour laquelle la production a pu satisfaire totalement les besoins du pays. Malgré des directives et dispositions très claires ainsi que l'appui financier fourni par l'UNICEF pour l'acheminement des intrants (appui en carburant), plusieurs interlocuteurs ont mentionné des difficultés d'approvisionnement des centres de santé à partir des DS. Ces problèmes sont atténués là où les ONG prennent le relai en assurant ou appuyant le transport.

La gestion des intrants souffre également de la capacité de stockage insuffisante au niveau des CSI ainsi que d'insuffisances dans l'estimation des besoins et l'établissement des commandes au niveau des points focaux Nutrition et des chefs des CSI. Le suivi de la gestion des intrants est également un goulot d'étranglement : retard dans la transmission des données et fiches de stock mal tenues. En réponse aux problèmes rencontrés dans la gestion des intrants au niveau des DS et CSI, un logiciel a été élaboré et testé à Maradi fin 2012. Chaque CSI rapporte hebdomadairement à l'équipe cadre du DS sa consommation et les quantités disponibles dans son stock par SMS.

Un problème majeur au Niger concerne le **détournement et la vente à grande échelle des APTE** (stock entier ou une grande partie de stock au niveau des structures sanitaires volés) qui a déjà fait l'objet de discussions au sein du GTN/Cluster Nutrition et de correspondance entre le Système des Nations Unies et le Gouvernement du Niger. En réponse, la Division de l'Inspection Générale des Services/MSP a mené des investigations dans le pays et des mesures ont été prises à l'égard des

personnes incriminées. Ces mesures ont certainement dissuadé quelques personnes mais des mesures plus efficaces et pérennes devraient être prises, comme par exemple considérer la vente des ATPE comme un délit et de systématiser la répression de la vente partout dans le pays.

La vente d'ATPE sur le marché est aussi un problème au **Tchad**, faisant l'objet de mesures telles que le renvoi ou l'emprisonnement de certains fonctionnaires. Au-delà de ce problème, les difficultés d'approvisionnement en intrants étaient dues surtout à une mauvaise gestion plutôt qu'à un problème de disponibilité au niveau du stock de l'UNICEF au niveau national. En effet, le système d'approvisionnement en intrants – délai et fiabilité des commandes et délai des livraisons – a présenté des problèmes récurrents malgré les nombreux débats à ce sujet au niveau du Cluster Nutrition. Les goulots d'étranglement sont à plusieurs niveaux et les responsabilités sont partagées entre l'UNICEF (N'Djamena et sous-bureaux), le système de santé étatique (des CS aux DSR en passant par les DS), et les ONG : sous-estimation des responsables des CS alors que la planification de leur commande devrait se faire sur la base des cas de malnutrition enregistrés le mois précédent majorés de 10% ; retard des commandes provenant des CS ou des ONG ; mais aussi retard dans les livraisons du côté de l'UNICEF.

Tableau 5 Observations : Logistique et approvisionnement			
	Burkina Faso	Niger	Tchad
Anticipation crise 2012	6 mois à l'avance	Oui, processus lancé depuis juillet 2011	Stocks de contingence
Distribution	Vers districts. Semestrielle planifiée en collaboration avec DN	Vers les régions (quand ONG présentes) ou vers les districts	Vers les structures variable et problématique selon si l'ONG a un PCA avec l'UNICEF ou pas
Ruptures à l'échelle nationale	Non	Non	Oui (fin de l'année)
Niveau district			
Capacité gestion & stockage des intrants	Insuffisances rapportées dans certains DS	Insuffisances rapportées dans certains DS	Insuffisances rapportées dans certains DS
Niveau PEC			
Capacité gestion et stockage	Insuffisances rapportées dans certaines structures de PCIMA	Insuffisances rapportées dans certaines structures de PCIMA	Peu de problèmes rapportés
Ruptures	Occasionnelles	Occasionnelles	Variable d'une délégation sanitaire à une autre
Rôle des ONG			
	Appui transport vers structures (parfois vers district) / appui EC dans gestion	Appui transport vers structures	Rôles pas clairs et non uniformes
Approches novatrices			
		Elaboration d'un logiciel de suivi niveau district sur consommation des ATPE/placement des commandes	

3.5 Mobilisation de fonds

Burkina. Le Groupe de PTF s'est réuni plusieurs fois début 2012 pour faire le point sur leur contribution au volet nutritionnel du plan opérationnel de soutien aux populations vulnérables aux

crises alimentaires et nutritionnelles. Selon leur bilan de juin 2012, les besoins pour la PEC de la MAS étaient estimés à \$13 052 790 dont environ 40% mobilisés par l'UNICEF et le reste par l'ensemble des ONG, avec un Gap de \$ 259 209.

Niger. L'UNICEF a commencé à mobiliser des fonds au courant du dernier trimestre 2011 ; ainsi des fonds CERF (Fonds central d'interventions urgences) furent octroyés (1,95 million de dollars) pour soutenir la PCIMA principalement dans les régions de Tillabéry et Tahoua où la situation nutritionnelle était inquiétante.

Tchad. Durant le premier semestre 2012, sept comités nationaux se sont rendus au Tchad. Grâce au plaidoyer et à la mobilisation des comités nationaux, un financement a suivi pratiquement chacune des sept visites.

Leçons apprises et bonnes pratiques

Facteurs de succès

Ressources humaines

Concertation avec MPSP pour le déploiement de contractuels selon les besoins prioritaires conjointement identifiés (Niger)

Renforcement des capacités

- Planification des sessions de renforcement des capacités au niveau régional (Niger)
- Appui à la formation des RCS sur le protocole de prise en charge intégrée au PMA (Tchad)

Supervisions

- Supervisions conjointes trimestrielles (Burkina)
- Partage et discussion des observations des supervisions dans les réunions de coordination (Burkina, Niger, Tchad)

Logistique

- Mission conjointe des sections Logistique et Nutrition suivie d'une formation pour les gestionnaires des dépôts (Burkina)
- Achats locaux des ATPE (Niger)
- Procédure de fourniture d'intrants aux ONG par le biais des DSR disponible et disséminée auprès des partenaires opérationnels par le biais du Cluster (Tchad)

Mobilisation de Fonds

- Mobilisation de la section Communication de l'UNICEF : différentes visites aboutissant à la mobilisation de fonds pour la nutrition (Tchad)

Points à améliorer

Renforcement des capacités

- Tardive (Tchad)

Supervision

- UNICEF comme MSP : absence de calendrier surtout au niveau central (Niger et Tchad)
- Absence d'outils : grille et/ou paramètres de supervision (trois pays)
- Manque de moyens (ressources humaines et budget) à tous les niveaux du MSP (trois pays)
- Supervisions indépendantes de l'UNICEF insuffisantes (trois pays)

Logistique/ ruptures de stock au niveau des structures de PCIMA

- Acheminement problématique entre les districts sanitaires et les structures PCIMA (dans les 3 pays) pour diverses raisons :
 - Déficiences de gestion au niveau des DS ou des formations sanitaires (manque d'anticipation ou méconnaissance des procédures)
 - Faible capacité de stockage
- Vente et détournements à large échelle des ATPE (Niger et Tchad)

Bonnes pratiques

Ressources humaines

- Initiative de revitalisation du système de santé pour renforcer les capacités en ressources humaines du MSP (Tchad)

Logistique

- Elaboration d'un logiciel de gestion des intrants (Niger)

4 RESULTATS - PCIMA

Ce chapitre débute par un aperçu de la PCIMA dans les trois pays avant de présenter et discuter des résultats (admissions des cas de MAS) et effets directs (sur la base des indicateurs de performance tels que définis dans les normes SPHERE) dans ce domaine.

4.1 Normes et modalités de mise en œuvre

Les trois pays disposent d'un protocole national. Seul celui du Burkina n'adhère pas aux recommandations internationales, mais une révision est prévue en 2013 et une mise à l'échelle conforme aux normes internationales est en cours avec l'appui de l'UNICEF et Valid International depuis 2011.

Les dénominations des structures impliquées dans la PCIMA sont résumées dans le Tableau 6.

Tableau 6 Organisation de la PCIMA			
	Burkina Faso	Niger	Tchad
Protocole national	Mars 2007 (révision en cours)	Dernière révision : février 2012	Dernière révision : mars 2011
Adhère aux recommandations internationales (selon les standards OMS 2006) ⁴	Non ⁵	✓	Oui même si la prise en charge médicale devra être renforcée
Structures sanitaires qui offrent la PEC de la MAS sans complications	Centres de santé et de Promotion sociale (CSPS)	CRENAS (Centre de récupération nutritionnelle ambulatoire pour les sévères) au sein des Centres de Santé Intégré (CSI)	CNA (Centre de nutrition ambulatoire) au sein des Centres de santé (CS)
Structures sanitaires qui offrent la PEC de la MAM	Centres de santé et de Promotion sociale (CSPS)	CRENAM (Centre de récupération nutritionnelle ambulatoire pour les modérés) au sein des CSI	CNS (Centre de nutrition supplémentaire) au sein des CS
Structures sanitaires qui offrent la PEC de la MAS avec complications	CREN (Centre d'éducation et de récupération nutritionnelle) au sein des Centres Médicaux avec Antenne chirurgicale (CMA) et des Centres Hospitaliers Régionaux (CHR)	CRENI (Centre de récupération nutritionnelle intensif) au sein des Hôpitaux de District, Régionaux et Nationaux	CNT (Centre de nutrition thérapeutique) au sein des Hôpitaux de District et Régionaux

La totalité des structures du premier niveau (centres de santé) et les hôpitaux de district (et structures régionales) du **Burkina** (1658) et du **Niger** (823) offrait des services de prise en charge de la

⁴ Normes de croissance OMS et identification de la malnutrition aiguë sévère chez l'enfant, Déclaration commune OMS et UNICEF 2009

⁵ Evaluation de la PCIMA sur 10 pays de la région : Benin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Liberia, Mali, Mauritanie, (Niger), Sierra Leone, Togo, RDC - WCARO 2010

malnutrition aiguë sévère bien avant 2012, même si souvent les activités ne se mettent en œuvre de façon systématique qu'avec la présence de partenaires opérationnels.

Au **Tchad**, 241 structures sanitaires effectuaient la PCIMA en décembre 2011. Au vu du nombre de cas de MAS attendus (quasiment le double des cas MAS admis en 2011), la réponse de l'UNICEF a débuté dès janvier par une mise à l'échelle rapide de la PCIMA dans la bande du Sahel à travers l'augmentation de sites opérationnels ; on comptait ainsi 425 centres en décembre 2012. La majeure expansion s'est faite à partir du mois de juin, grâce à l'ouverture de nouveaux centres par des ONG et au projet de revitalisation conjoint du ministère de la santé et l'UNICEF.

Dans les trois pays, la mise en œuvre de la PCIMA dépend de la présence de partenaires sur le terrain, allant jusqu'à la substitution de certaines ONG aux services publics (la majorité des agents de santé étant ceux des ONG et/ou centre géré par l'ONG), surtout au Niger et au Tchad, et ce malgré l'intégration physique de la PCIMA dans les formations sanitaires publiques. Par contre au Burkina, sous l'impulsion de la DN et de l'UNICEF et grâce à la concertation entre les différents acteurs, les modalités d'appui au ministère de la santé pour la PCIMA ont été harmonisées, les ONG prenant un rôle d'accompagnement plutôt que de substitution en canalisant leur soutien au niveau des districts sanitaires.

4.2 Observations recueillies lors des visites des structures sanitaires

Lors de ses visites aux sites de PEC, l'équipe d'évaluation a utilisé la grille d'observation élaborée à cet effet. Celle-ci visait à examiner l'adéquation des éléments suivants : l'équipement anthropométrique ; les outils de suivi (tels que rapports statistiques, protocole, aide-mémoire et fiches techniques) ; l'organisation du circuit⁶ et la qualité des activités observées (mesures anthropométriques, examen médical, test d'appétit, adhérence aux critères établis dans le protocole, etc.) ; les intrants thérapeutiques (ATPE) et médicaments (conditions de stockage et suivi) ; et le volet communautaire (dépistage, suivi à domicile). L'adhérence au protocole était en outre évaluée à travers l'examen d'un échantillon de fiches de suivi. Les observations résumées ci-dessous sont aussi discutées dans les sections suivantes dans la mesure où elles ont affecté positivement ou négativement les résultats obtenus.

Au **Burkina**, les CSPS visités disposent le plus souvent d'une seule balance Salter fournie par l'UNICEF et une toise de fabrication locale. Les bracelets PB, disponibles en dizaines au moins au niveau CSPS, sont fournis aux ASC. Dans la gestion des ATPE au niveau CSPS, des ruptures occasionnelles avec réponses adaptées des partenaires ont été signalées en 2012, par exemple location d'un camion par les ONG pour le transport d'ATPE. Toutes les formations sanitaires visitées souffrent d'une absence/insuffisance de structure de stockage des intrants. De même, la logistique de transport des intrants du DS vers les CSPS reste problématique car les seuls moyens sont les motos du personnel ou l'ambulance du district, tous souvent en manque de combustible. Si la gestion des ATPE est globalement positive, il n'en est pas de même des médicaments pour le traitement systématique des MAS où des ruptures fréquentes ont résulté principalement d'une mauvaise gestion des commandes au niveau des CSPS.

Au **Niger**, tous les CRENI et CSI visités par la mission avaient reçu de l'UNICEF les intrants nécessaires à la mise en œuvre de la PCIMA (tels que balances, toises et autres). Aucun partenaire opérationnel consulté par la mission n'a mentionné un manquement dans ce domaine. Des dispositions ont été prises par la DN pour distribuer le protocole dans toutes les structures sanitaires et des aide-mémoires ont été élaborés avec l'appui de l'UNICEF. Durant ses visites, la mission a noté que quelques partenaires utilisent quand même leur propre protocole dans les structures qu'ils appuient. La mission n'a pas eu le temps d'examiner les différences entre celui de l'ONG et le protocole national, mais quoi qu'il en soit cette pratique n'est pas acceptable. Dans certains CRENAS, les fiches utilisées (anciennes fiches CNT/TFC qui faisaient partie des kits MSF, UNICEF et autres intervenants) pour le suivi ne sont pas celles préconisées et pourtant disponibles. Les raisons invoquées par les personnes interviewées étaient le manque de disponibilité au niveau des districts sanitaires des fiches recommandées par le protocole national.

Au **Tchad**, pas tous les CNA et CNT visités par l'équipe d'évaluateurs, n'avaient reçu de l'UNICEF l'équipement anthropométrique nécessaire à la mise en œuvre de la PCIMA (balances, toises et autres) les besoins des CS n'ayant pas été adéquatement évalués. En outre, quelques balances étaient défectueuses. Durant ses visites, l'équipe d'évaluateurs a noté l'absence de protocole et d'aide-

⁶ Ambulatoire : triage, admission, test de l'appétit, consultation médicale, administration de médicaments, distribution de l'ATPE, éducation
Hospitalière : triage, admission, consultation médicale, administration de médicaments, administration du lait thérapeutique, éducation, test de l'appétit, distribution de l'ATPE et instructions à la sortie

mémoire dans certains CNA, ainsi que le non-respect des critères d'admission et de sorties définis dans le protocole.

4.3 Admissions MAS

4.3.1 Evolution des admissions à l'échelle nationale

Le nombre total de cas de MAS (enfants de moins de 5 ans) admis en 2012 dans les trois pays est de presque 600 000, ce qui représente le 65% du total des admissions sur l'ensemble des pays de la bande Sahel pendant l'année. Seul au Tchad les admissions ont dépassé les prévisions.

Tableau 7 Cas attendus et cas admis en 2012		
Pays	Nombre de cas de MAS attendus en 2012	Nombre de cas de MAS admis en 2012
Burkina Faso	99 767	77 477
Niger	393 737	369 036
Tchad (les 10 régions de la bande Sahel et Ndjamena)	127 307	146 038
Source : bases de données PCIMA respectives		

Dans les trois pays, les résultats de la dernière enquête SMART (mai 2011 pour le Niger, août 2011 pour le Burkina et le Tchad) ont été utilisés avec un facteur de correction variable selon le pays : 1.5 pour le Burkina, 5 pour le Niger et 3.3 pour le Tchad et sur la population estimée 6-59 mois. Au Niger, avec une longue expérience en PCIMA et en gestion de « crises nutritionnelles », le bureau de l'UNICEF a continué à appliquer un facteur de correction dérivant des chiffres d'admissions des années précédentes et pas celui proposé par le bureau régional. Au Burkina, le bureau de l'UNICEF a maintenu l'utilisation de « cas pris en charge » (nouvelles admissions plus les enfants en charge à la fin du mois) et non « cas traités » (nouvelles admissions) tel que recommandé par le bureau régional ; par ailleurs les chiffres de population utilisés dans les estimations sont ceux de la tranche d'âge 0-59 mois, faute de données sur le groupe de population cible 6-59 mois.

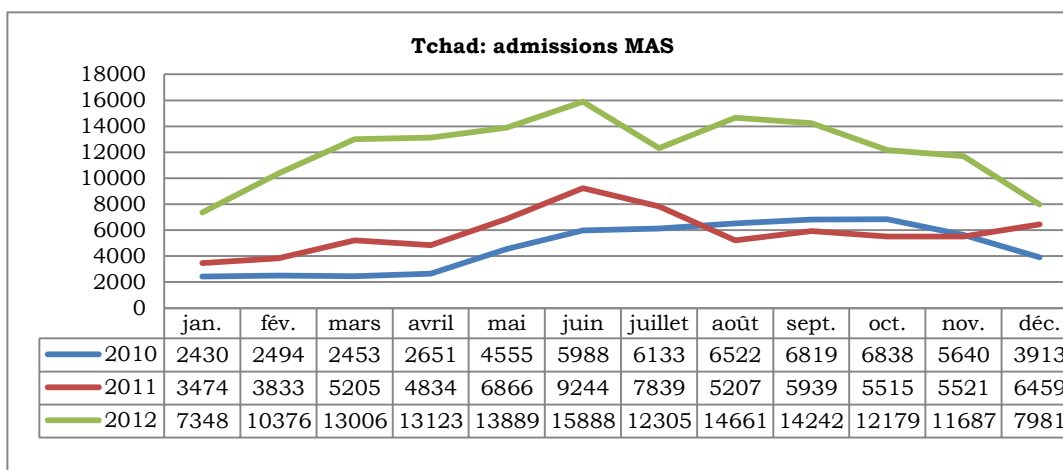
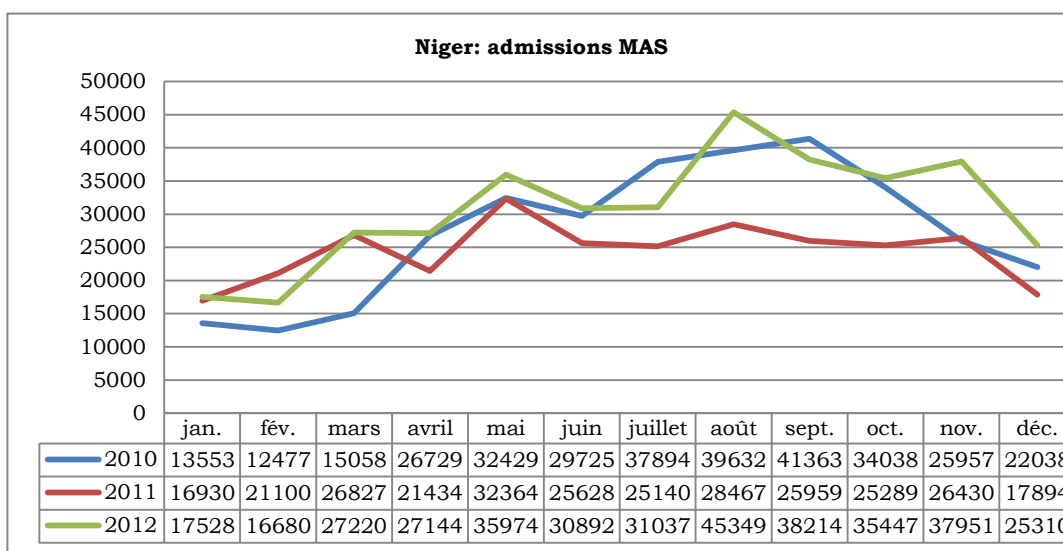
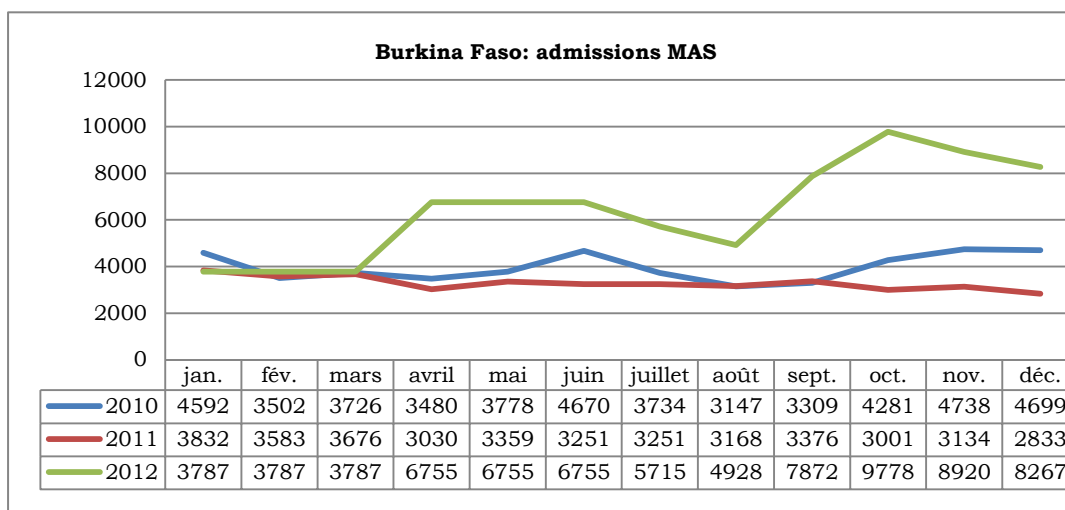
La tendance des admissions de MAS au cours de l'année 2012 a suivi un profil saisonnier similaire à ceux des années précédentes (2010 et 2011) :

- Au Burkina Faso, les chiffres d'admissions de 2010, 2011 et 2012⁷, suivent des tendances similaires avec un plus grand nombre en 2012 et une forte augmentation pendant le dernier trimestre 2012 qui pourrait être liée au paludisme. En effet, au Burkina le paludisme est la première cause de consultation, d'hospitalisation et de mortalité parmi les enfants de moins de cinq ans. Plus de la moitié des cas et des décès par paludisme surviennent entre le mois d'août et de novembre (correspondant à la saison de forte transmission de la maladie). Dès mai 2012, l'OMS avait signalé un nombre de cas de paludisme très élevé dans plusieurs pays du Sahel, particulièrement au Burkina⁸.
- Au Niger les tendances annuelles du nombre d'admissions sont semblables pour les trois dernières années, avec un pic saisonnier, le plus élevé étant en août 2010.
- Au Tchad on note une augmentation significative des cas par rapport à 2011 et 2010 tout le long de l'année 2012. En 2012, le pic des admissions a été atteint en juin avec 15 888 nouveaux cas. Pendant les périodes où les admissions augmentent, quelques ONG organisent des équipes mobiles qui réalisent la prise en charge en dehors des structures sanitaires afin d'en améliorer la couverture.

⁷ Pour l'année 2012 on ne dispose pas de données mensuelles pour les deux premiers semestres. La disponibilité de données mensuelles en 2010 et 2011 peut être expliquée par le fait que le système de suivi de la PCIMA a changé en 2012 : c'est le moment où la DN au MSP a repris la collecte et l'analyse des données. Pendant les années précédentes, c'était l'UNICEF qui le faisait et il est probable que les données disponibles pour 2010 et 2011 provenaient uniquement des zones où les ONG travaillaient.

⁸ OMS (mai 2012) Health Bulletin http://www.who.int/hac/sahel_sitrep_14may2012.pdf

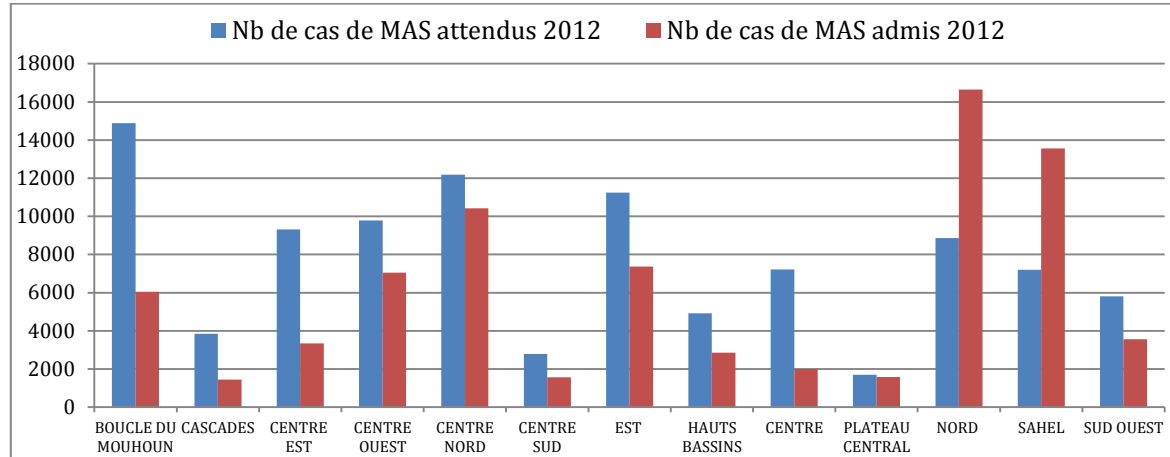
Graphique 2 Admissions MAS 2010 – 2012 au Burkina Faso, Niger et Tchad (bases de données PCIMA respectives)



4.3.2 Admissions par région

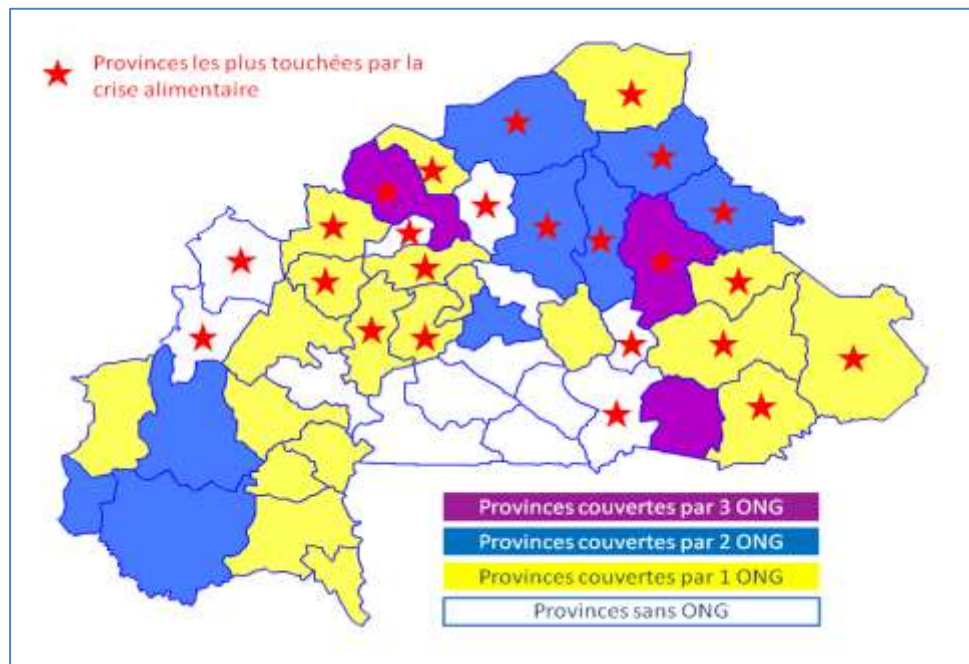
Au Burkina Faso où sur l'ensemble du pays 91% des cas attendus ont été traités, on observe des variations très importantes dans les différentes régions : de plus de 180% des effectifs attendus et traités dans les régions du Sahel et du Nord, à des pourcentages très bas inférieurs à 50% dans les régions telles que Centre Est (36%) ou Boucle du Mouhoun (41%). Malgré les efforts réalisés pour élargir le soutien au MSP pour la PCIMA, un seul partenaire travaille dans certaines des régions des plus touchées, comme la Boucle du Mouhoun. La variabilité des partenaires de mise en œuvre allant de 3 ONG dans une même région à aucune ONG, comme montré dans le Graphique 4, semble donc être une des raisons principales pour ces décalages.

Graphique 3 Couverture PCIMA : cas admis par rapport aux estimations par région-Burkina Faso



Source : base de données PCIMA

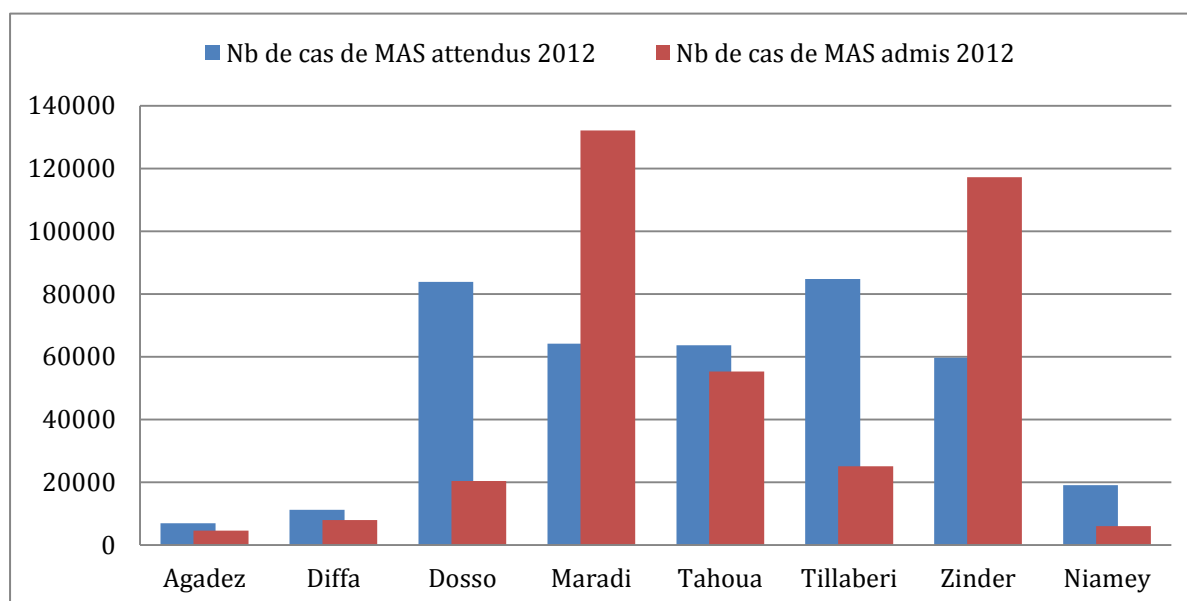
Graphique 4 Distribution géographique des partenaires en appui à la PCIMA en juillet 2012



Niger : sur l'ensemble du pays 94% des cas attendus ont été admis. Cependant, là aussi on observe des variations très importantes : deux régions (Maradi et Zinder) ont largement dépassé le nombre de

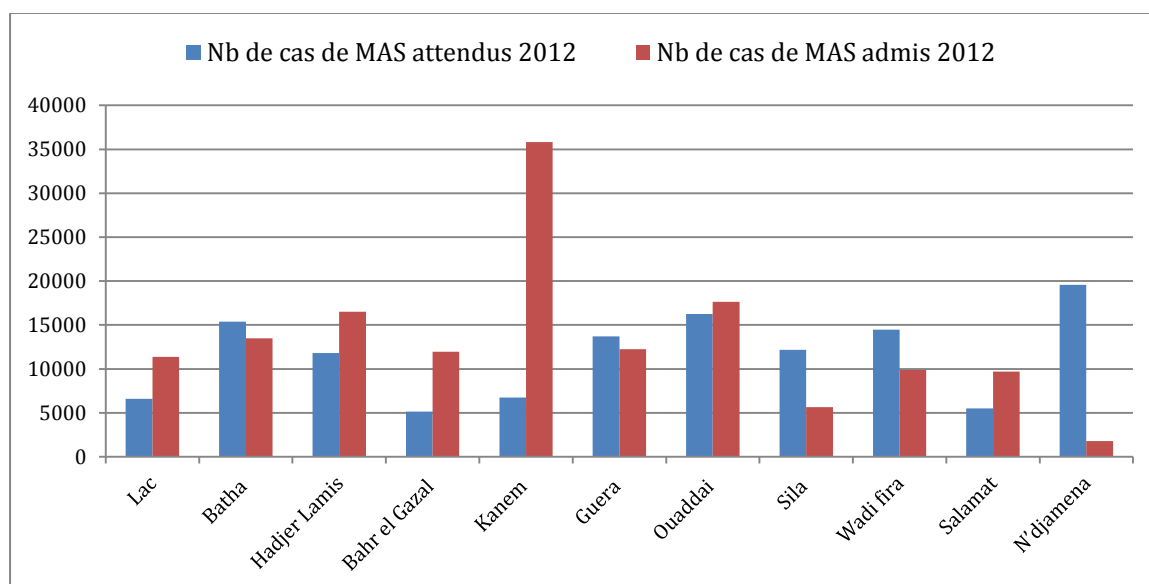
cas attendus, contrairement à Dosso ou à Tillabéry où le pourcentage de cas traités est moins de la moitié de ceux attendus. Comme pour le Burkina, la variabilité du nombre de partenaires présents sur le terrain pourrait expliquer ces décalages, de même que la mobilité transfrontalière des populations, où même le double comptage de cas en raison des transferts d'un site à un autre.

Graphique 5 Couverture PCIMA : cas admis par rapport aux estimations par région-Niger



Tchad : sur l'ensemble du pays 115% des cas attendus ont été traités. La répartition des admissions MAS par région - dans les 10 régions de la bande Sahel qui ont bénéficié prioritairement de l'appui à l'expansion de la PCIMA en 2012 et N'Djamena (quasiment pas d'appui) - est très variable : plus de 35 000 cas admis au Kanem et à l'opposé moins de 2 000 à N'Djamena.

Graphique 6 Couverture PCIMA : cas admis par rapport aux estimations par région-Tchad

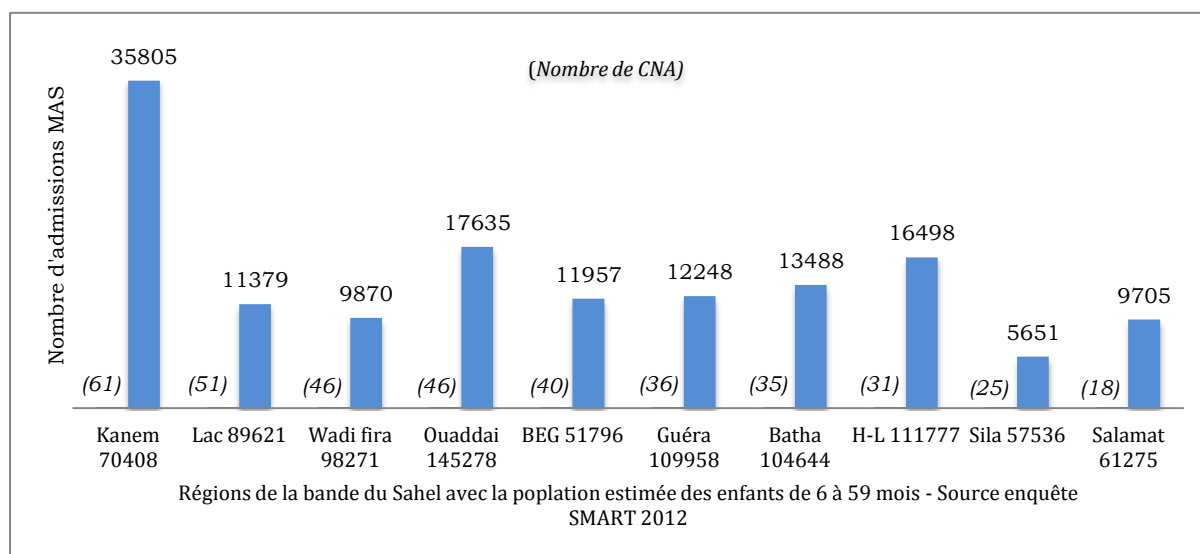


Source : base de données PCIMA

L'équipe d'évaluateurs a examiné ces décalages en croisant les données des admissions avec : a) le nombre de sites de PCIMA opérationnels, b) la population estimée des enfants de moins de 5 ans (données étude SMART 2012) ; et c) en prenant compte les prévalences de MAS spécifiques à chaque région (selon aussi les données SMART 2012), sans pouvoir déceler un schéma probant qui pourrait expliquer ces résultats (voir Graphique 7). L'ouverture des nouveaux sites de PCIMA ne semble

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

Graphique 7 Admissions MAS en 2012 et nombre de CNA par région de la bande du Sahel au Tchad



Pour résumer, les estimations faites du nombre de cas attendus par région au sein de chaque pays s'avèrent donc inexactes même si globalement les pourcentages de couverture nationale ont été corrects. Les décalages internes et surtout le fait que pour plusieurs régions dans chacun des trois pays évalués on retrouve des couvertures qui dépassent largement le 100% on pourrait aussi se poser d'autres questions concernant la qualité et la fiabilité des données utilisées pour faire les estimations des affectifs MAS attendus.

Les variables clés pour ces calculs sont :

- La taille du groupe d'âge 6-59 mois : les projections sont souvent faites à partir de recensements réalisés il y a déjà quelques années et sur lesquels on applique un facteur périodique (taux de croissance annuelle) pour estimer la population à n'importe quel moment donné prenant en compte les déplacements, les migrations, la mortalité et les naissances dans la population. Même des données de recensement peuvent ne pas être précises (par manipulation politique, par des défaillances du système, les déplacements de population ou l'insécurité).
- La prévalence globale (nationale) de la MAS obtenue à partir de la dernière enquête. Tous les pays de la région réalisent des enquêtes SMART périodiques dans leur système de surveillance nutritionnelle, mais pas tous les pays ne les réalisent sur la même période ni avec la même fréquence. D'autre part, des changements imprévisibles de la sécurité alimentaire et leurs effets sur la situation nutritionnelle ne peuvent pas être contrôlés, sauf si les estimations prévoient un scénario plus dramatique que celui proposé sur la base de la prévalence actuelle. Au Tchad, certaines estimations ont augmenté de 25% (additionnel) le nombre d'effectifs attendus au cas où la situation venait à se détériorer au cours de l'année.
- La durée estimée d'un épisode de malnutrition aiguë sévère non traité : cette donnée est convenue internationalement d'être 7,5 mois. Cependant, il y a eu quelques critiques quant à l'utilisation de ce chiffre car il était proposé quand la PEC de la MAS n'était pas aussi répandue qu'actuellement et les possibilités de traitement étaient rares.
- La couverture souhaitée pour la PCIMA : par consensus, et à partir d'une recommandation du siège de l'UNICEF, tous les pays du Sahel ont décidé d'aller vers une couverture 100% de traitement des cas.

A partir de ces variables on estime un « facteur de correction » qui est appliqué uniformément sur l'ensemble du pays, sans considération des différences au sein d'un pays.

De ce fait, la qualité des données de population et la qualité et le timing des enquêtes deviennent des facteurs essentiels pour ces calculs.

4.4 Performance selon les normes SPHERE

Selon les données reçues pendant les visites respectives dans les trois pays, au niveau national les indicateurs de performance de la PCIMA (taux de guérison, taux de décès et taux d'abandon) adhèrent aux normes de référence SPHERE. Il n'y a pas de valeurs de référence pour les autres indicateurs de sortie : proportion de non-réponse ou proportion de références médicales.

Tableau 8 Indicateurs de performance PCIMA en 2012

Pays	Guérison (nombre absolu et % sur le total de sorties définitives)	Décès (nombre absolu et % sur le total de sorties définitives)	Abandons (nombre absolu et % sur le total de sorties définitives)
Burkina Faso ⁹	86,0%	1,4	13,0
Niger (176 309 sorties définitives) ¹⁰	131 292 guéris (86,0%)	6636 décès (1,1%)	17 055 abandons (4,8%)
Tchad (105 102 sorties définitives)	86 238 guéris (82,1%)	540 décès (0,5%)	10385 abandons (12,0%)
Normes SPHERE	>75	<10	<15

Source : bases de données PCIMA respectives et calculs réalisés par les pays

Cependant, à cause des défaillances des systèmes de suivi (voir **Système de collecte et de gestion de l'information**) il a été très difficile d'évaluer la qualité de la performance de la PCIMA dans les trois pays de manière standardisée. En outre, ces indicateurs sont calculés avec des données dont la qualité n'est pas toujours confirmée, ce qui fait que ces résultats acceptables doivent être interprétés avec prudence au vu de divers éléments à la disposition de l'équipe d'évaluateurs (observations pendant les visites terrain, entretiens avec partenaires, revue documentaire, et analyse de bases de données), dont :

- ❖ **Qualité de la PEC** qui pourrait mettre en question la crédibilité des indicateurs: manque de respect des critères de sortie, manque de fiabilité des mesures anthropométriques, double enregistrement, manque d'uniformité des critères d'admission et sortie dans le même pays qui n'est pas prise en compte dans les compilations régionales et nationales (cas du Burkina où le protocole national de 2007 est toujours en vigueur, alors que des formations PCIMA qui sont en cours dans le cadre de la mise à l'échelle suivent les nouvelles normes OMS).
- ❖ **Qualité du système de suivi** : la collecte (outils, qualité, périodicité, complétude, promptitude), la transmission et l'analyse (faible ou incomplète) souffrent de divers problèmes (voir **Système de collecte et de gestion de l'information**). Au Burkina les admissions sont collectées mensuellement, mais les données sur les sorties ne sont analysées que trimestriellement : de ce fait les moindres changements (en positif ou négatif) peuvent échapper à l'analyse quand elle est faite sur des périodes aussi longues, et des actions correctives, si nécessaires, peuvent arriver trop tard.

Les données présentées ci-dessous par pays proviennent :

Burkina Faso : calculs réalisés par le ministère de la santé et la DN. Au Burkina, toutes les données sont centralisées au niveau du ministère de la santé et la DN dans le recueil trimestriel du Système national d'information sanitaire (SNIS).

Niger : base de données nationale, avec les résultats publiés par le pays et les résultats des calculs additionnels réalisés par les consultants

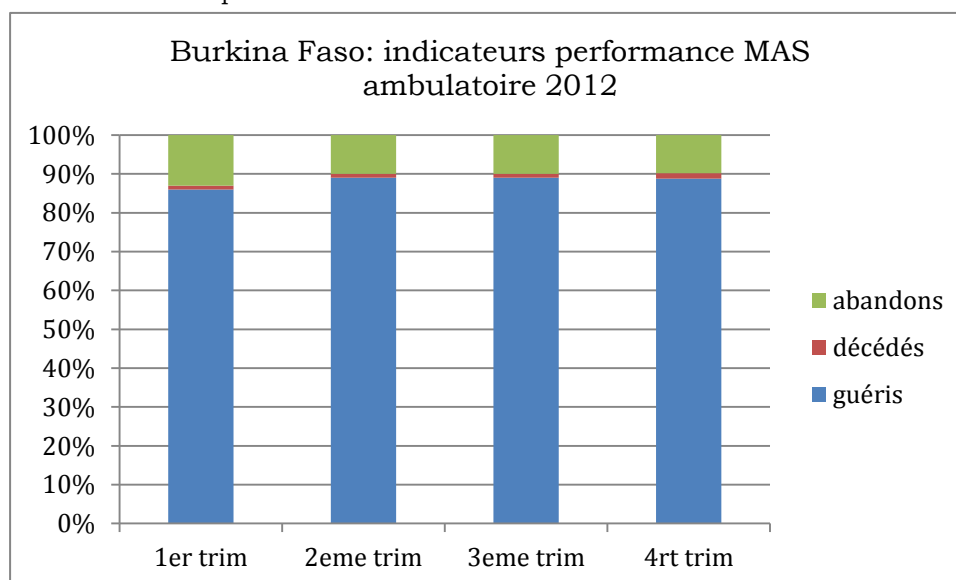
Tchad : base de données nationale

⁹ Données détaillées sur les sorties pas disponibles. L'équipe d'évaluation n'a reçu que les résultats des calculs déjà réalisées par la DN

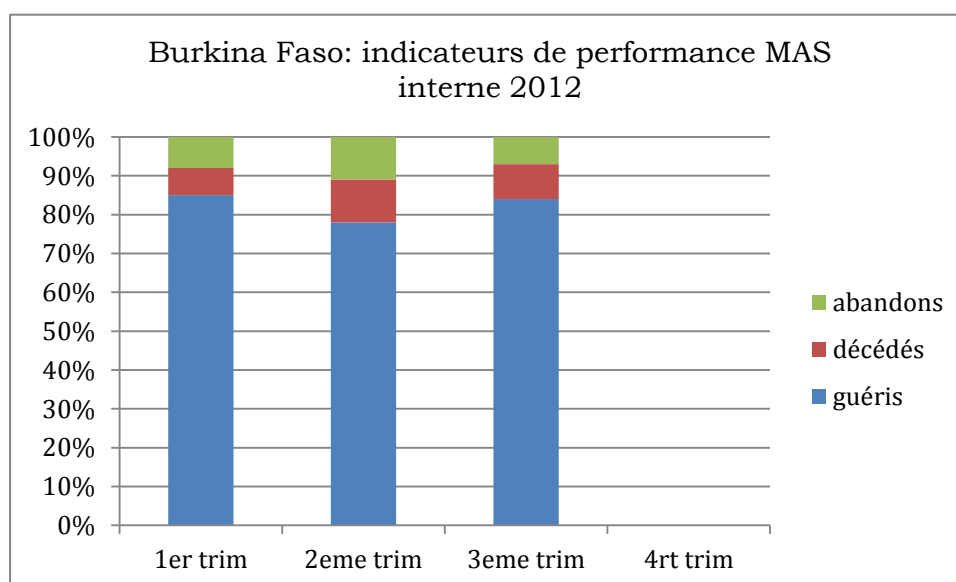
¹⁰ Les résultats présentés ici n'incluent pas les sortants par non-réponse ou par référence médicale

Au **Burkina Faso**, la base de données partagée par la DN avec la mission ne montre pas des détails sur les différentes catégories de sortie, seulement les indicateurs SPHERE déjà calculés par trimestre. Cependant, des examens plus détaillés sur les données de quelques régions montrent que la proportion de cas qui sortent comme non-répondants est importante. Les données disponibles pour les CREN couvrent seulement les trois premiers trimestres de l'année et montrent que, tel qu'aussi mentionné à plusieurs reprises par différents intervenants, la mortalité au niveau de la prise en charge hospitalière est élevée. Parmi les raisons invoquées : la supervision très variable des activités de la PCIMA en milieu hospitalier (seulement quelques ONG ont les capacités, les moyens et l'expertise pour le faire) et les défaillances chroniques du système sanitaire.

Graphique 8 Indicateurs de performance MAS ambulatoire-Burkina Faso

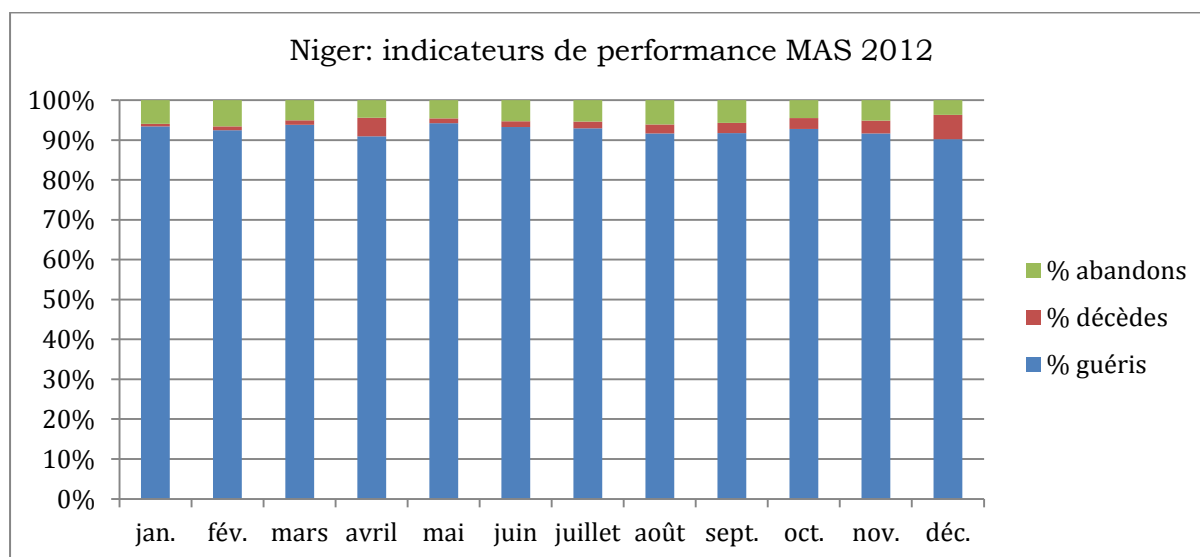


Graphique 9 Indicateurs de performance MAS hospitalière-Burkina Faso

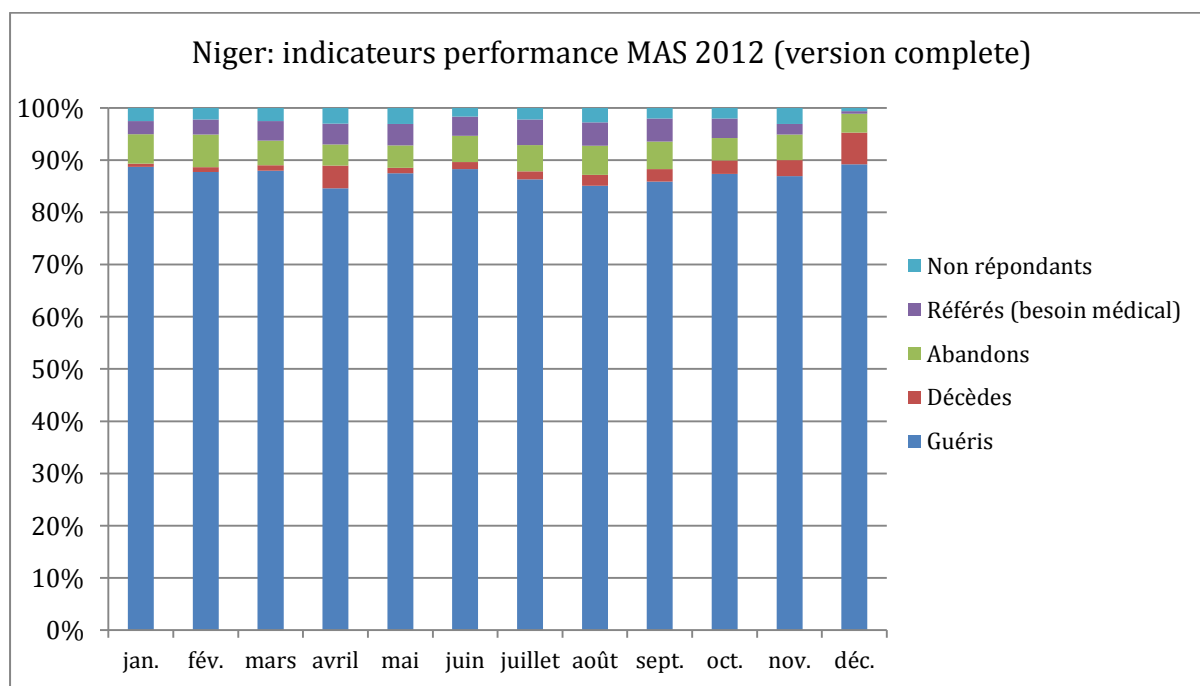


L'examen de la base de données globale du **Niger** a permis de faire des calculs alternatifs des indicateurs de performance, et ayant comme résultat une proportion importante des « autres catégories » mentionnées ci-dessus. Pour certains mois plus du 10% des cas sortent de la PEC comme non-répondants (8 456 cas) ou référés pour raison médicale (12 870 cas).

Graphique 10 Indicateurs de performance MAS-Niger

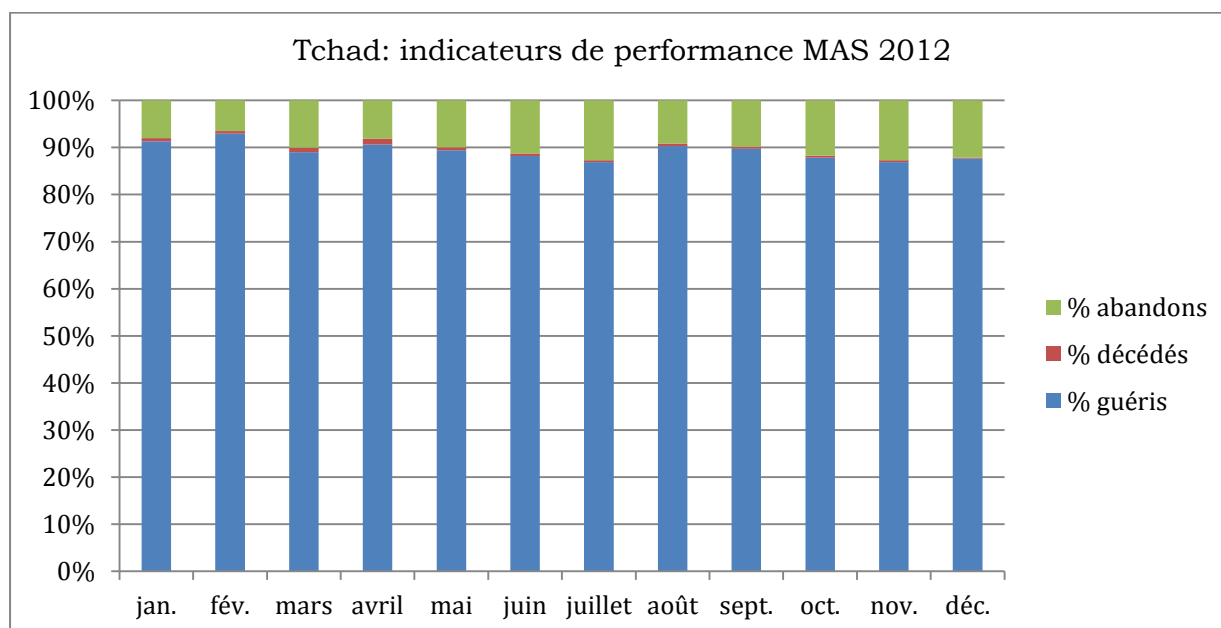


Graphique 11 Indicateurs de performance y compris les non-répondants et les références médicales MAS-Niger



Au **Tchad**, des examens plus détaillés sur les bases de données disponibles montrent que **la proportion de cas qui sortent comme non-répondants est importante**. Comme exemple illustratif, aux CNA du Kanem le pourcentage de non-réponse est de 12%, ce qui fait diminuer le taux de guérison à 74% au lieu du 79,2% annoncé. Le nombre élevé de non-répondants qu'on observe au Kanem pourrait être estimé similaire pour le reste des régions. Les observations réalisées sur le terrain, assistant aux activités de prise en charge ou à travers la révision de fiches de suivi individuel dans les CNA, et les informations reçues pendant les entretiens confirment d'une part, la faible adhérence au traitement de la part des populations avec des absences répétées, et d'autre part le manque quasi total de suivi communautaire des cas par des visites à domicile, ce qui est cause fréquente de non-réponse au traitement. On a aussi observé un manque total d'analyse de cette situation de la part des gestionnaires des programmes.

Graphique 12 Indicateurs de performance MAS –Tchad



4.5 Adéquation de la chaîne de la PCIMA

Au **Burkina Faso**, la PCIMA est pratiquée de façon routinière dans tous les CSPS. De façon spécifique, chaque CSPS consacre au moins un jour dédié à la PCIMA. Dans leur ensemble, les CREN souffrent des mêmes difficultés systémiques que le reste des services hospitaliers du pays, dont le manque de ressources humaines et financières et barrières financières (le séjour hospitalier dans les CREN est payant à l'opposé de la prise en charge ambulatoire qui est normalement gratuite sur une vaste majorité des CSPS), des facteurs qui, selon plusieurs sources consultées, sont à l'origine de la mortalité excessive observée chez les malnutris hospitalisés. Il est vrai qu'à part la formation et recyclages périodiques, une meilleure organisation du travail au sein des CREN pourrait avoir un impact sur la qualité de la PEC et finalement sur la mortalité. Mais l'intégration des CREN dans les services de pédiatrie, qui est assurément une bonne chose en ce qui concerne la pérennité, est un handicap dans un système de soins de santé qui connaît des rotations importantes de personnel chez les infirmières et les médecins. Les supervisions formatives et l'inclusion d'un module sur la PCIMA dans les *curricula* de formation du personnel de santé pourraient amener un élément de réponse.

Au **Niger**, les activités de PEC sont menées en principe tous les jours mais la présence d'ONG peut en modifier la fréquence. Dans les CSI visités par l'équipe d'évaluateurs, le triage de la malnutrition s'intègre au triage médical du PMA réalisé dans tous les CSI pour les moins de cinq ans. La disponibilité des intrants était adéquate et le personnel compétent, appliquant correctement les procédures. Le dépistage actif a été soutenu à travers le recrutement et la formation de relais communautaires (RC) et la mise à disposition du matériel de dépistage. Malgré ces efforts le dépistage actif n'est pas systématique dans toutes les régions. La variabilité dans les modalités de motivation/rémunération des relais a été citée par les parties prenantes parmi les principales contraintes.

La chaîne de PCIMA (communauté vers les structures de PCIMA ainsi qu'entre les différentes phases de PEC) a relativement bien fonctionné grâce à diverses initiatives qui ont contribué à la qualité des soins (telles que le renforcement des capacités et des ressources humaines comme déjà mentionné) mais aussi grâce à l'accent mis par sur le dépistage actif, l'accès aux soins (présence d'au moins un CRENI dans chaque chef-lieu de département et région, et de cases de santé) et la bonne collaboration et la claire attribution des responsabilités entre partenaires soutenant différentes phases de la PCIMA, en l'occurrence le PAM et l'UNICEF.

Au **Tchad**, en décembre 2012 au moins 7 sur les 40 districts de la bande Sahel ne bénéficiaient pas de la prise en charge hospitalière, et le nombre total de CNA dépassait les nombre de CNS : 393 et

290 respectivement. De ce fait, le continuum de la PCIMA (ambulatoire – hospitalière, aiguë sévère – aiguë modérée) n'a pas été opérationnel partout dans la bande sahélienne affectée par la crise. Par ailleurs concernant la PEC MAM, la coordination entre le PAM et l'UNICEF n'a pas été optimale ni en amont (planification) ni en aval (mise en œuvre).

4.6 Perceptions des bénéficiaires

Au **Burkina Faso**, les populations rencontrées au cours de l'évaluation ont en général une perception très positive de la qualité des services PCIMA au niveau CSPS. Elles estiment que malgré la charge de travail le personnel infirmier est très disponible et offre un service de qualité. La PEC des MAS avec les ATPE est particulièrement appréciée au regard de résultats obtenus.

A travers les groupes de discussion réalisés par la mission au **Niger**, on peut retenir que la communauté juge efficace les CREN et les produits (ATPE et autres farines). Les interviewées estiment que les ATPE et autres farines importées sont certes utiles et efficaces mais sont, de par leur valeurs marchande, exposés à la vente à laquelle elles ne résistent pas. Elles admettent aussi que cela les incite à la tricherie telle que le nomadisme d'un site à un autre.

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

Facteurs de succès

- Réajustement des estimations en fonctions des mises à jour des données sur la malnutrition (Niger)
- Mise en place d'équipes mobiles pour le soutien aux structures de PEC (Tchad)

Points à améliorer

- Les estimations faites du nombre de cas attendus par région au sein de chaque pays se sont avérés inexacts même si globalement les pourcentages de couverture nationale ont été corrects
- Manque de disponibilité d'un protocole national actualisé au Burkina
- Forte dépendance des partenaires opérationnels dans les trois pays
- Mortalité élevée dans les structures de PEC hospitalière (particulièrement au Burkina) et un nombre important de sorties par non-réponse au traitement, résultant principalement de la non-adhérence au traitement et de l'insuffisance du suivi communautaire des abandons
- Les modalités différentes de motivation des ASC appliquées par les partenaires de mise en œuvre ont affecté la régularité et la couverture du dépistage actif et du suivi à domicile (dans les trois pays)
- La PEC de la MAM a été irrégulière soit en raison de l'absence de partenaire de mise en œuvre soit pour manque d'intrants (Tchad et Burkina)

5 RESULTATS - PREVENTION ET PAQUET COMPLEMENTAIRE

Ce chapitre présente et discute de la composante prévention de la réponse nutritionnelle ainsi que des résultats des initiatives d'intégration soutenues par l'UNICEF.

5.1 Blanket Feeding

Au **Burkina**, une lettre d'entente (MOU) a été signée entre le PAM et l'UNICEF en août 2012 afin d'améliorer la coordination des activités financées par les deux agences, mais pas spécifiquement dans le cadre de la crise alimentaire et nutritionnelle. **Aucune collaboration entre les deux agences n'était envisagée en relation avec le BF.** Le BF soutenu par le PAM a ciblé les 142 communes rurales à risque dans les 7 régions touchées par la crise alimentaire basé sur la prévalence de la MAG (> 10%) et le niveau d'insécurité alimentaire de la population. Selon le PAM Burkina des ruptures de stocks ont eu lieu en raison du manque de fiabilité des rapports qui a affecté le plan d'approvisionnement et des retards dans le transport par les opérateurs privés.

Au **Niger**, une lettre d'entente a été signée entre le PAM et l'UNICEF en janvier 2012 afin d'avoir une approche coordonnée qui s'aligne avec les priorités définies par le Cluster Nutrition et le plan de soutien du gouvernement. Le BF fait partie de la phase réponse d'urgence du PAM, dans le cadre du Plan de soutien 2011-2012 du Dispositif national de prévention et de gestion des crises alimentaires (DNP-GCA). **L'UNICEF n'est pas impliqué dans la mise en œuvre du BF mais a participé à sa planification à travers le GTN/Cluster Nutrition.** Les cibles retenues pour le BF 2012 ont été estimées sur la base des données des enquêtes disponibles (SMART entre autres) par le Cluster Nutrition et les distributions ont été planifiées d'avril à août 2012, la partie la plus critique de la période de soudure.

Le BF a été largement discuté lors de diverses réunions du GTN/Cluster Nutrition. Certains membres ont souligné que, le BF est une opération qui se fait année après année sans réelle évaluation quantifiée. Ce sujet a donné lieu à un débat dont la conclusion est résumée dans l'encadré ci-dessous :

Extrait du compte rendu de la réunion du GTN/Cluster Nutrition

« Le Blanket Feeding est une intervention qui fait partie d'un paquet d'interventions qui entre dans le cadre de la réponse à la crise nutritionnelle. Il serait donc imprudent de vouloir isoler l'impact du Blanket Feeding au point de chercher à lui attribuer une contribution spécifique. Il s'agit d'un exercice périlleux car il y a un grand nombre de variables de distorsion à contrôler et lorsqu'on y arrive, on risque de faire l'étude dans des conditions complètement artificielles qui ne refléteraient plus la réalité des ménages. Il serait plus utile pour le Niger d'évaluer l'impact du paquet de la réponse avec et sans Blanket Feeding. Cette approche aura l'avantage de proposer pour les années à venir un paquet prouvé dont l'efficacité est connue, au lieu de s'attarder sur une intervention isolée. »

Le PAM a mené une enquête « Post Distribution Monitoring » du BF en novembre 2012 et en a présenté les résultats au GTN. Selon les données du PAM, environ 2/3 des enfants ciblés ont été atteints.

Au **Tchad**, les distributions **BF pour le groupe 6-24 mois ont été soutenues par l'UNICEF et le PAM** en tant que stratégie préventive pendant les mois de la période de soudure. Différents mécanismes de mise en œuvre de ces distributions ont été adoptés par le PAM et l'UNICEF : le PAM travaillant à travers les ONG et l'UNICEF en partenariat avec le CNNTA. Par ailleurs, le manque de coordination entre les deux agences a eu pour conséquence le chevauchement des activités. Un accord fut finalement conclu entre les deux agences, aboutissant ainsi à l'alternance des distributions pendant des périodes différentes dans certaines régions.

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

Au Tchad, les activités de prévention se sont donc focalisées sur le Blanket Feeding. Aucune mention n'est faite d'autres activités dans les termes de référence du Cluster Nutrition ou autres documents examinés par la mission. Cette insuffisance a d'ailleurs été relevée par l'équipe d'évaluation de la PCIMA au Tchad (menée en septembre 2012 par des consultants indépendants recrutés par l'UNICEF) et a fait l'objet d'une recommandation.

5.2 Autres activités de prévention

Bien que le document de réponse à la crise alimentaire et nutritionnelle au Sahel ne mentionne que le Blanket Feeding comme stratégie de réponse (page 23 dudit document), l'équipe d'évaluateurs a examiné, dans la limite du temps qui lui était disponible, la mesure dans laquelle d'autres activités de prévention ont fait l'objet de soutien de la part de l'UNICEF.

Au **Burkina**, le MOU PAM/UNICEF détaille des activités conjointes ANJE, dont la mise en place d'un comité de pilotage pour l'élaboration d'un plan de passage à l'échelle ANJE qui inclut l'organisation d'ateliers, de sessions de formations pour les agents de santé et agents de santé communautaires, et la production de supports de communication. Selon un rapport du Bureau de l'UNICEF au Burkina sur l'état d'avancement des activités conjointes PAM/UNICEF : un plan de passage à l'échelle des interventions d'ANJE a été développé et soumis à l'appréciation de la DN dans le cadre de l'approche participative ; des tests de stratégies de promotion des pratiques optimales d'ANJE se sont déroulées au niveau du Plateau Central et devaient démarrer en avril 2013 au niveau de la région du Nord.

Au **Niger**, l'appui à la prévention de la malnutrition est resté à l'ordre du jour du Gouvernement et de ses partenaires à travers le GTN/Cluster Nutrition. Tout en soutenant la réponse à la crise, l'UNICEF a appuyé la DN dans l'organisation d'un atelier sur la prévention de la malnutrition qui s'est tenu en septembre 2012 afin de « définir un paquet d'interventions à haut impact sur la prévention de la malnutrition, de même que le mécanisme de mise en œuvre, de coordination, de suivi et évaluation ».

A la suite de cet atelier, un paquet minimum de 16 interventions a été retenu, dont la majorité relève du MSP notamment la vaccination, la promotion de la croissance, l'alimentation de complément de qualité, l'allaitement maternel optimal, la supplémentation en Vitamine A et le déparasitage, la consultation prénatale recentrée et accouchement assisté, la supplémentation en micronutriment multiples (femmes enceintes et enfants), le traitement préventif du paludisme chez la femme enceinte, la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) et l'espacement des naissances/retard de l'âge de la première grossesse ; et d'autres qui nécessitent une collaboration interministérielle telles que la promotion de la consommation du sel iodé, l'hygiène et l'assainissement (lavage des mains), l'éducation nutritionnelle à l'école, et l'amélioration du pouvoir d'achat (Activité génératrices de revenus, Micro-finances, CASH et filets sociaux).

Enfin, dans les trois pays, des sessions d'Information, éducation et communication (IEC) sont organisées lors des journées de PCIMA avec des outils développés avec l'appui de l'UNICEF dans le cadre des programmes réguliers et non spécifiquement développés pour les situations de crise.

5.3 Paquet complémentaire

L'équipe d'évaluation n'a pas pu avoir des entretiens avec toutes les sections techniques de l'UNICEF qu'elle aurait souhaité rencontrées dont C4D (entretiens uniquement au Tchad) ou VIH (entretien uniquement au Burkina), par manque de temps ou non disponibilité des personnes clés. Cette section se limitera donc aux composants WASH et PEC psychosociale pour lesquelles l'équipe d'évaluation a pu dans les trois pays: 1) avoir des entretiens avec les sections concernées, 2) obtenir la documentation nécessaire des sections concernées ; et 3) recueillir des observations lors des visites de terrain.

5.3.1 WASH

La stratégie « WASH in Nut » visait prioritairement et à court terme à délivrer un paquet minimum « WASH » fonctionnel pour tous, en ciblant les centres nutritionnels et le couple « mère/accompagnant - enfant malnutri ».

Le plan de réponse intégrée de l'UNICEF au **Burkina Faso** incluait, pour la section WASH, divers objectifs dont la dotation en dispositifs de lavage des mains pour les centres de santé abritant les CREN ; le traitement de l'eau à domicile (démonstration et fourniture de pastilles de chlore pour les ménages ayant des enfants MAS) ; le contrôle de la qualité de l'eau dans les zones d'intervention, ciblant les ménages des enfants MAS ; la formation des acteurs sur les pratiques d'hygiène en relation avec la nutrition (ONG, Communes, communautés notamment les femmes, etc.) ; et la promotion du lavage des mains au savon (remise de kits d'hygiène pour les enfants MAS dans les ménages, les cantines, etc.).

Bien qu'intégrée dans le plan de réponse de l'UNICEF, les résultats de l'initiative WASH in Nut ont été largement en-deçà des objectifs, tel que résumé dans le Tableau 9. Non seulement les kits destinés au couple mère-enfant (bidon, seau, savon, Aquatabs, bouilloires et gobelets) n'ont atteint qu'environ 9% des bénéficiaires ciblés dû à l'arrivée tardive des kits, mais aux dires des diverses ECD rencontrées, le contenu des kits reçus était variable (l'un ou l'autre des éléments du kit étant absent ou insuffisant).

Les kits étaient fournis par l'UNICEF directement aux DRS ou les DS parfois sans information préalable aux partenaires opérationnels. En l'absence d'instructions claires de la part de l'UNICEF et

de la DN, cela a conduit les équipes cadre à procéder à un choix arbitraire des bénéficiaires (par exemple les 5 premières femmes admises un jour donné) et à la recombinaison des kits (réduction de la quantité de savons initialement prévue). Ceci a évidemment causé beaucoup d'interrogations et de frustration parmi les non bénéficiaires, entraînant récriminations envers le personnel des CSPS.

Tableau 9 Résultats WASH in Nut

Pays	Centres de santé distribuant kits			Kits mère/enfant distribués		
	Planifiés	Réalisés	Taux de réalisation	Planifiés	Réalisés	Taux de réalisation
Burkina Faso ¹	1658	20	1,2	100 000	9 452	9,4
Niger ²	469 ¹	96	20,46	100 000	66 457	66,4
Tchad ³	285	123	43,00	127 300	66 460	52,2

¹ Partenaires : Oxfam, CR-BF, CR-Monaco, UNHCR, Association Paix et Solidarité, Plan Burkina, Help, CONAREF, IEDA Relief, Ministère Agriculture et Ministère de la Santé (Sitrep Novembre 2012)
² Centres nutritionnels de Maradi, Zinder et Tillabéry ; partenaire : SC-UK (Sitrep Décembre 2012)
³ Partenaires : MSP, MHUR, ACTED, IAS, CIDEL, UP, ESMS, MERLIN, CHO Sitrep Novembre 2012)

Les résultats sont meilleurs au **Niger** où près des deux-tiers des kits prévus ont été distribués aux couples mère/enfant. Un mécanisme de coordination entre le Cluster WASH et le GTN/Cluster Nutrition fut mis en place durant le deuxième trimestre 2012. Ce mécanisme comportait la désignation dans chacun de ces deux groupes d'un point focal qui devait participer aux réunions. Les composantes des kits WASH ont été débattues et convenues avec tous les partenaires WASH durant les sessions du Cluster WASH. Les recommandations du Cluster WASH furent après soumises au GTN/Cluster Nutrition. Les partenaires se sont entendus sur un paquet minimum avec une faible valeur marchande afin d'éviter les abus. Ainsi, le kit destiné aux centres de santé est composé d'un bidon muni d'un robinet, de savons et de comprimés pour la désinfection de l'eau « AQUATABS ». Le couple mère enfant reçoit du savon et des comprimés d'AQUATABS.

Au **Tchad**, l'UNICEF a œuvré pour la mobilisation des partenaires Nutrition et WASH à travers des sessions d'information tenues lors des réunions mensuelles respectives des Clusters Nutrition et WASH ; mais ses efforts n'ont pas abouti à des réunions inter-Cluster. Néanmoins, l'UNICEF a appuyé la formation du personnel de santé ainsi que les ASC, et les intrants ont pu être achetés entre autres grâce à des fonds d'ECHO. En novembre 2012 on comptait 185 CNT et CNA distribuant des kits (soit 43 % des CNT et CNA opérationnels) atteignant 52% des couples mères-enfants. Durant ses visites de terrain, la mission a pu observer la présence de bidons de 100 litres installés sur des supports pour le lavage des mains, et que la PCIMA s'accompagnait de la sensibilisation des bénéficiaires sur les pratiques d'hygiène. Par contre la mission n'a pas été témoin de distributions de kits. La plupart des parties prenantes rencontrées au niveau de N'Djamena et du terrain (sous-bureaux UNICEF, DRS, ONG et personnel des CS) s'accordent sur le fait que le secteur WASH est le mieux intégré à la réponse nutritionnelle et que l'initiative WASH in Nut a favorisé cette intégration.

5.3.2 Prise en Charge psychosociale

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

Au **Burkina**, un consultant a formé 23 formateurs sur le soutien psychosocial en juin 2012 avec l'appui financier de WCARO. Cette formation fut suivie par la formation de 1300 agents des CREN entre octobre et novembre 2012. Malgré l'engagement de la section Protection, aucune autre activité n'a pas pu être menée principalement par manque de financement, mais aussi suite à d'autres contraintes telles que l'ancrage institutionnel. Le partenaire de la section Protection étant le Ministère de l'action sociale, son accès aux partenaires nutrition est limité faute de mécanisme de coordination

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

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

Tableau 10 Résultats PEC Psychosociale

	Burkina	Niger	Tchad
Plan d'action	Non	Atelier en Mauritanie (appui WCARO)	Non
Modules de PEC psychosociale	Non	Oui	??
Formation	23 formateurs formés juin 2012 (appui WCARO)	Oui (30 formateurs)	Par personnel WCARO: 100 personnel santé et action sociale
Aménagement d'aires d'éveil	Non	Construction aires éveil (Maradi et Zinder) financement section nutrition 300 000 \$ US	Localisée (exemple Hadjer Lamis avec Merlin)
Matériel	Non	Non, en cours d'acquisition	Oui

Le bureau de l'UNICEF au **Niger**, avec l'appui de WCARO, a entrepris une étude de faisabilité qui a proposé le lancement d'une phase pilote suite à laquelle les parties prenantes (autorités, bailleurs de fonds et les agences de mise en œuvre) décideraient des améliorations nécessaires en vue d'une mise à l'échelle. S'en sont suivies des sessions de formation de 30 formateurs, ainsi que des formations pour le personnel de l'UNICEF et de 100 agents de santé et travailleurs sociaux et autres agents intervenant dans les CREN. Les activités de stimulation psychosociale ont débuté à Zinder et Maradi en parallèle à la construction d'aires d'éveil avec un financement de la section Nutrition d'environ 300 000 dollars US (août-septembre 2012). Fin 2012, des activités psychosociales et de stimulation mère-à-enfant étaient menées dans 10 CRENI à Zinder et Maradi.

Au **Tchad**, malgré une bonne collaboration entre les sections Protection et Nutrition au sein de l'UNICEF ainsi que l'intérêt de certaines ONG à s'engager dans les activités de PEC psychosociale, le démarrage et la mise à l'échelle des activités de PEC psychosociale ont été très lentes dû à une mobilisation insuffisante des fonds. L'appui du bureau régional à travers un consultant a permis la formation de 100 personnes (personnel santé et action sociale) des CNA et CNT. Les observations recueillies lors des visites de terrain montrent une situation disparate, allant d'aucune activité concrète dans les CNT mis à part la formation d'un pool de formateurs, à la PEC psychosociale bien intégrée à la PCIMA par le personnel étatique formé par l'UNICEF en partenariat avec la direction régionale d'action sociale. Dans un autre DS, le CNT était doté d'un espace d'éveil avec des boîtes à outils pour les séances d'information, éducation et communication (IEC) et des jouets fabriqués avec des matériaux locaux. Un atelier national est prévu en 2013 pour : (1) revoir/analyser ce qui a été fait ; et (2) mettre en place/renforcer la coordination.

Facteurs de succès

- Appui technique ou financier du WCARO
- Engagement des partenaires opérationnels (Niger)
- Cadre de concertation entre partenaires et inter-cluster fonctionnel (Niger)
- Eléments des Kits WASH in Nut adaptés aux besoins et choisis en fonction de leur valeur marchande afin d'en limiter le détournement ou la vente (Niger)

Bonnes pratiques

- MOU PAM/UNICEF signé au début de la crise (janvier 2012 au Niger) et qui s'aligne avec les priorités du Cluster Nutrition et du plan de soutien du gouvernement
- Etude de faisabilité avant de lancer les activités de PEC psychosociale (Niger) et mise à l'échelle progressive en fonction des leçons apprises

6 QUESTIONS TRANSVERSALES

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

6.1 Durabilité

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

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

Au Niger, en 2012, l'engagement du Gouvernement s'est reflété par le recrutement massif et déploiement de médecins et spécialistes médicaux afin d'améliorer la qualité des soins, ainsi que par une allocation budgétaire à la PCIMA. Les autorités nationales à tous les niveaux - DN, les DRSP et les Districts sanitaires (DS) - ont acquis une bonne pratique en matière de planification de manière générale, les partenaires, dont l'UNICEF venant en appui. Mais au dire même de la DN et tel qu'aussi observé par la mission durant ses visites de terrain, la PCIMA repose en grande partie sur les partenaires. Plusieurs intervenants ont souligné qu'au Niger, peu d'ONG viennent en appui au MSP au niveau des directions régionales et de district, travaillant essentiellement au niveau des structures de PEC où elles auraient tendance à se substituer au personnel étatique plutôt que de le soutenir.

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

Par contre, en l'absence de budgets annuels alloués par le MSP et l'absence de moyens logistiques, combinés à diverses contraintes institutionnelles, organisationnelles et opérationnelles, le CNNTA n'a pas été en mesure de relever les défis importants de coordination, de supervision, et de suivi/évaluation durant la réponse à la crise. Le processus de revitalisation du CNNTA amorcé début 2013, assurerait un positionnement institutionnel favorable à une meilleure intégration de la nutrition dans la politique nationale de santé. L'augmentation du budget alloué au CNNTA en 2013 (le triple du montant alloué en 2012) en est une preuve tangible.

6.2 Système de collecte et de gestion de l'information

Au Burkina, la mise en œuvre de la réponse à la crise a permis l'harmonisation des outils de collecte et d'analyse et de récupérer un circuit unique pour la transmission des données de la PCIMA, même si l'avis général est qu'il reste à améliorer dans la forme et le contenu. La périodicité de la collecte, transmission et analyse des données reste un inconvénient : les admissions sont collectées et analysées mensuellement alors que les données sur les sorties ne sont analysées que trimestriellement.

Le système de suivi de la PCIMA dénommé « Scaling up » au **Niger** se caractérise par la *collecte hebdomadaire des nouvelles admissions* MAS et MAM, avec transmission par téléphone et radio, et *un circuit unique des données* : toutes les données sont collectées au niveau des structures prestataires étatiques et remontent par le circuit du ministère et c'est le ministère qui partage les données avec les partenaires au niveau du cluster. Ces données sont analysées et présentées toutes les 2 semaines au GTN/Cluster qui les examine et prend des mesures correctives si nécessaire. Une analyse similaire se fait au niveau régional et district. Des réunions de coordination mensuelles au niveau de certains DS ont permis de résoudre des problèmes de promptitudes dans la transmission des données et des commandes d'ATPE. La qualité des données est vérifiée à tous les niveaux, et les données sont dans l'ensemble correctement utilisées pour la planification des activités, plus spécifiquement les estimations des commandes au regard des besoins.

Au Tchad, deux systèmes d'informations coexistent au niveau des régions couvertes par la PCIMA : le système d'informations sanitaires et celui de collecte des données nutritionnelles. La centralisation des données provenant du premier système est assurée par la Direction des statistiques et informations sanitaires (DSIS) du MSP et celle des données nutritionnelles par l'UNICEF. Les données compilées mensuellement par les points focaux Nutrition au niveau intermédiaire (DRS) sont compilées par l'UNICEF. Mais ce système n'est pas uniformément appliqué et n'est pas efficient.

Tableau 11 Suivi de la PCIMA			
	Burkina Faso	Niger	Tchad
Formats standardisés	Oui mais pas actualisés (doubles: SNIS et DN)	Oui	Oui mais doubles: Rapport mensuel d'activités (RMA) des niveaux périphériques et PCIMA
Fréquence de la collecte de données	Mensuelle pour les admissions, reste trimestrielle	Hebdomadaire pour les admissions, mensuelle pour le reste des indicateurs	Mensuelle
Circuit de transmission	Circuit unique, par le SNIS et la DN	Circuit unique	Circuits de transmission calqués sur le système sanitaire mais la centralisation, le traitement et analyse de données sont assurées par l'UNICEF
Analyse systématique	Correcte, tous les niveaux impliqués	Correcte, tous les niveaux impliqués	Analyse et échanges sur les données présentées durant les réunions du cluster
Partage et rétrocession	Présentation des indicateurs de performance au groupe des PTF	Régulièrement et à tous les acteurs par Bulletin hebdomadaire de rétro-information DN en partenariat avec l'UNICEF	Présentation des indicateurs de performances aux réunions du cluster

6.3 Coordination

La mission a examiné par le biais d'entrevues et la revue des comptes rendus (CR) des réunions dans quelle mesure ces trois groupes de coordination ont accompli les fonctions clés qu'ils se sont fixés dans leurs termes de mandat respectifs, notamment en ce qui concerne la réponse à la crise en 2012. La lecture des CR du GTN/Cluster a été particulièrement informative, permettant de suivre l'évolution de la crise et de la réponse au Niger à travers les CR bimensuels. Ci-dessous un aperçu des différentes activités de ces groupes de coordination en relation avec la réponse à la crise :

Planification et mobilisation des ressources. Ces groupes ont en effet constitué un cadre de planification/mobilisation de ressources pour la réponse nutritionnelle, à travers leur contribution concertée aux différents mécanismes de planification/documents tels que les plans de contingence, plans de soutien et l'Appel de fonds consolidé (CAP). Par exemple, au Niger en janvier 2012, les résultats de la dernière enquête de vulnérabilité du Système d'alerte précoce (SAP) et leurs implications pour la nutrition furent discutés. Les estimations des cas attendus du GTN/Cluster qui en ont découlé furent entérinées par le gouvernement et intégrées au Plan de soutien. Au Burkina Faso, le partage d'information concernant la mobilisation des ressources a permis d'établir un budget détaillé de toutes les activités de nutrition planifiées pour 2012, de faire un état des lieux des fonds disponibles et identifier les « Gaps » (fichier Excel UNICEF-Burkina Faso février 2012).

Cartographie des interventions en nutrition. C'est à travers ces mécanismes de coordination que l'inventaire des activités de nutrition : « Qui fait quoi où ? » et les cartographies sont établies et mises à jour en collaboration avec OCHA. Ces discussions ont non seulement abouti à l'établissement de ces cartographies, mais ont aussi donné lieu comme au Burkina Faso à des discussions sur les « Gaps » dans la couverture géographique des différents intervenants et la nécessité de planifier de nouvelles interventions en conséquence.

Harmonisation des interventions/applications des standards. Ces groupes ont permis aux entités nationales responsables de la nutrition de diffuser les protocoles nationaux et outils (tels que les modules de formation sur la PCIMA) aux différents intervenants. L'analyse de la conformité de certaines interventions nutritionnelles avec les documents de politiques et de stratégies nationales fut à l'ordre du jour de certaines réunions. Par exemple, au Niger le non respect du protocole national a même fait l'objet d'une réunion extraordinaire.

Suivi des activités de la réponse. Dans les trois pays, l'évolution de la situation nutritionnelle et de la réponse a été sur l'ordre du jour de la quasi-totalité des réunions tenues en 2012. Les statistiques (cas admis par région) ont été régulièrement partagées et discutées ; et souvent accompagnées d'un tour de table chaque intervenant faisant le point sur la mise en œuvre du plan de réponse à la crise nutritionnelle dans ses zones d'interventions et les difficultés rencontrées. La fiabilité des données et les goulots d'étranglement dans leur transmission ont été souvent débattus. De même, la gestion des intrants et leurs ruptures ont été très souvent abordées.

« Auto-évaluation » de la réponse. Comme dans le cas du Niger au début du dernier trimestre 2012, où les membres du Cluster au niveau national mais aussi régional, ont fait le point de la situation : réalisations par rapport aux objectifs, contraintes et leçons apprises (voir extrait dans l'encadré).

Extrait Présentation PPT : Contraintes – Niger (Octobre 2012)

- « RH : pas de dispositions pour maintenir le personnel additionnel
- Qualité des soins très variable (surtout CRENI)
- Appropriation insuffisante de la prise en charge de la malnutrition par le service public
- Gestion manuelle des données à l'ère des Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication (NTIC)
- Faible capacité de gestion des intrants au-delà des départements
- Faible capacité de coordination au niveau sous régional
- Déperdition des intrants thérapeutiques et des aliments de supplémentation »

Facteurs de succès

- Forte implication de la DN au Burkina et au Niger
- Disponibilité en temps réels des admissions MAS et MAM et de la complétude du rapportage (Niger)
- Rôle du cluster (ou équivalent) variable
- Participation du personnel WASH UNICEF aux réunions Cluster Nutrition au niveau régional (Niger)
- Réunions inter-clusters mensuelles : un forum de partage d'informations et prises de décisions concernant les orientations (Niger)
- Réunions de coordination sur la PCIMA entre les équipes cadres (les points focaux, les data managers) et les responsables CSI au niveau des districts (Niger)

Points à améliorer

- Difficultés de transmission des données des districts sanitaires vers les directions régionales (Tchad)
- Précision et fiabilité des données encore problématiques
- Périodicités de collecte et de diffusion variables (hebdomadaire au Niger, trimestrielle au Burkina)
- Circuit unique au Niger et au Burkina, mais pas clair au niveau du Tchad

Bonnes pratiques

- Elaboration d'un plan stratégique du cluster Nutrition intégrant le renforcement des capacités de la structure nationale en charge de la coordination et la supervision des interventions (Tchad)
- Projet de revitalisation du système de la santé (Tchad)

7 CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Des recommandations spécifiques à chaque pays sont incluses dans les rapports des études de cas. Dans ce rapport, l'équipe d'évaluation ne présente que les recommandations globales à l'intention du bureau régional de l'UNICEF WCARO. Les conclusions principales, contraintes identifiées et les actions requises s'y afférant sont présentées dans la section Conclusions. Ces actions sont reprises à la fin de ce chapitre car une même recommandation pourrait répondre à plus d'une des contraintes identifiées.

7.1 Conclusions

« La réponse à la crise de 2010 : Trop peu, trop Tard » (Groupe de travail sur le Sahel Septembre 2011¹¹). En 2012, le Sahel a été une nouvelle fois frappé par une grave crise alimentaire. La réponse nutritionnelle - avec l'UNICEF comme chef de file - est-elle intervenue à temps et a-t-elle été efficace au Burkina, Niger et Tchad en 2012?

Promptitude et coordination de la réponse

C'est au Niger, pays confronté aux crises alimentaires et nutritionnelles depuis 2005 et où le Cluster Nutrition sans coordinateur à plein temps est actif depuis février 2010, que la déclaration officielle de la crise et le début de réponse ont été les plus précoces. Parmi les facteurs de succès/bonnes pratiques qui ont permis une réponse prompte et opportune, on relèvera au Niger une mobilisation des fonds précoce et une approche collaborative entre les parties prenantes à tous les niveaux dans la préparation de la réponse, notamment entre le système des Nations Unies avec l'UNICEF comme chef de file pour la nutrition, les PTF, les ONG et le Gouvernement tant au niveau central que régional, avec des plans de réponse élaborés au niveau des régions.

Au Burkina Faso pays qui n'avait pas adopté l'approche Cluster, les initiatives de l'UNICEF-Burkina d'amener les parties prenantes en nutrition à se regrouper en « PTF-Sécurité Nutritionnelle », courant dernier trimestre 2011, et de mettre en place un stock d'urgence d'intrants thérapeutiques et des commandes anticipées, ont été porteuses d'une réponse qui a pu démarrer aussitôt que la crise a été officiellement déclarée.

Par contre au Tchad où l'approche Cluster y est active depuis 2007 avec un coordinateur à plein temps pour la Nutrition, le plan de réponse du Cluster Nutrition n'a été élaboré qu'en avril 2012 et la promptitude et pertinence des interventions s'en sont ressenties. L'approche Cluster n'est donc pas garantie d'une « approche coordonnée en matière de planification stratégique, analyse situationnelle et réponse rapide et efficace » (site internet OCHA-Tchad) dans un contexte où le Cluster Nutrition n'a pas été une plateforme de consultation et concertation concrètes, et où par ailleurs certaines décisions ont été perçues comme imposées par l'UNICEF qui en assurait la présidence en 2012. Au Tchad, le Cluster Nutrition n'a pas joué son rôle dans l'identification des lacunes et dans les prises de décisions conséquentes.

Facteurs de succès/bonnes pratiques (Burkina Faso et Niger)

Anticipation de la crise et mobilisation précoce des fonds par l'UNICEF

Elaboration d'un plan de soutien au niveau national avec la participation de tous les acteurs

Elaboration d'un plan de réponse nutritionnelle et évaluation interne participative au niveau des régions

Elaboration anticipée des plans de réponse

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

Actions requises : *organiser un atelier de formation Cluster au Tchad pour en renforcer la cohésion ainsi que son efficacité*

Appui financier et technique de l'UNICEF

L'appui financier et technique de l'UNICEF a visé principalement à améliorer la couverture et la performance de la prise en charge de la malnutrition aigüe sévère ambulatoire et hospitalière, et à y intégrer un paquet complémentaire d'activités, dont WASH, la prise en charge psychosociale, VIH, et communication. Cet appui a concerné les domaines suivants à différents degrés dans les trois pays: renforcement des ressources humaines au sein de l'UNICEF et du Ministère de la santé, renforcement des capacités du personnel du Ministère de la santé, amélioration de la supervision ainsi que l'approvisionnement en intrants, en particulier les ATPE, mais aussi les médicaments essentiels, les

¹¹ Groupe de Travail sur le Sahel/Gubbels P. (2011) Échapper au cycle de la faim - Les chemins de la résilience au Sahel

kits WASH et autre matériel. Globalement, le soutien de l'UNICEF a été bien adapté aux conditions spécifiques de chaque pays concerné surtout en ce qui concerne la PCIMA.

Dans les trois pays, la crise a permis une certaine accélération du renforcement des capacités en PCIMA à tous les niveaux décentralisés (régions et districts) et surtout au niveau des structures de PEC. Toutefois, si l'appui de l'UNICEF a été pertinent à de nombreux égards, certaines lacunes importantes subsistent, notamment en ce qui concerne les aspects suivants :

- Dans les trois pays, les stratégies en cours pour le renforcement des capacités du personnel de santé dans le domaine de la PCIMA sont fortement dépendantes du financement de l'UNICEF et des autres PTF, et d'un appui technique externe. Cette situation n'est pas très favorable à la pérennité. *Des modules de formation génériques en PCIMA à intégrer dans les curricula académiques de médecins, infirmiers et autre personnel sanitaire et qui sont en cours d'élaboration par WCARO depuis 2012 constituent une réponse pérenne à ce problème.*
- Malgré plusieurs initiatives telles que les supervisions trimestrielles conjointes de tous les partenaires au Burkina, et l'appui financier de l'UNICEF aux Ministères de la santé à tous les niveaux (central, régional et district), la supervision a été inadéquate dans les trois pays:
 - Absence d'outils standardisés (grille/paramètres de supervision)
 - Manque de moyens (ressources humaines et budget) à tous les niveaux des Ministères de la santé
 - Supervisions indépendantes de l'UNICEF insuffisantes vis-à-vis la redevabilité auprès de ses bailleurs de fonds
- Alors que l'estimation des besoins en ATPE à l'échelle nationale a été adéquate, des ruptures de stock au niveau des structures de PCIMA ont persisté, le goulot d'étranglement principal étant l'acheminement entre les districts sanitaires et les structures PCIMA et ce dans les 3 pays et pour diverses raisons, dont :
 - Déficiences de gestion au niveau des DS ou des formations sanitaires (manque d'anticipation ou méconnaissance des procédures)
 - Faible capacité de stockage
- Enfin la vente et des détournements à grande échelle des ATPE ont été signalés au Niger et Tchad. Malgré des mesures prises par le Gouvernement, ces problèmes n'ont pas été éradiqués.

En revanche, des initiatives porteuses prises par les bureaux de l'UNICEF méritent d'être soulignées, et partagées avec les autres pays, dont :

- Le projet de revitalisation pour renforcer les ressources humaines du Ministère de la santé publique au Tchad : intégration progressive par le MSP du personnel qualifié recruté et formé en PCIMA et PMA avec un financement initial de l'UNICEF. Dans un pays où la question des ressources humaines se pose avec acuité en termes de quantité, de qualité, et de répartition géographique, le projet de revitalisation soutenu par l'UNICEF a non seulement répondu à un besoin prioritaire immédiat, mais a visé à la durabilité de la PCIMA.
- Elaboration d'un logiciel de gestion des intrants au Niger pour pallier aux problèmes de ruptures au niveau des formations sanitaires : ce logiciel a été élaboré et testé à Maradi fin 2012 ; chaque centre de santé rapportant hebdomadairement à l'équipe cadre du DS sa consommation et les quantités disponibles dans son stock par SMS.

Facteurs de succès/bonnes pratiques

Ressources humaines

Initiative de revitalisation pour renforcer les ressources humaines du MSP (Tchad)

Logistique

- *Achats locaux des ATPE (Niger)*
- *Utilisation d'un logiciel de gestion des intrants (Niger)*

Actions requises :

- *Mener un audit dans les pays où les détournements à large échelle des ATPE ont eu lieu avec l'élaboration de mécanismes visant tant à un meilleur contrôle pour les prévenir qu'à des mesures plus efficaces à l'encontre des contrevenants*

- *Tenir un atelier inter-pays pour partager les bonnes pratiques (telles que le logiciel développé au Niger) et réfléchir sur des actions communes pour améliorer en particulier la supervision, un problème commun aux trois pays*
- *Au Tchad : Mener une évaluation indépendante de l'initiative de revitalisation du système de la santé en vue de sa réplique dans d'autres pays*

Modalités de mise en œuvre de la PCIMA

La chaîne de PCIMA (communauté vers les structures de PCIMA ainsi qu'entre les différentes phases de PEC) a relativement bien fonctionné au Burkina et au Niger. Au Niger, les activités de PEC sont menées en principe tous les jours, et, dans les centres de santé visités par l'équipe de l'évaluation, le triage de la malnutrition s'intègre au triage médical du PMA réalisé dans tous les centres de santé pour les moins de cinq ans. La disponibilité des intrants était adéquate et le personnel compétent, appliquant correctement les procédures. La chaîne de PCIMA y a relativement bien fonctionné grâce à diverses initiatives qui ont contribué à la qualité des soins (telles que le renforcement des capacités et des ressources humaines) mais aussi grâce à l'accent mis sur le dépistage actif, l'accès aux soins (présence d'au moins un CRENI dans chaque chef-lieu de département et région, et de cases de santé) et la bonne collaboration et la claire attribution des responsabilités entre partenaires soutenant différentes phases de la PCIMA, en l'occurrence le PAM et l'UNICEF.

Par contre au Tchad, la mise à l'échelle de la PCIMA n'a pas répondu aux besoins spécifiques des diverses régions. La couverture géographique (en nombre de formations sanitaires offrant des services de PCIMA) est encore insuffisante, malgré les efforts réalisés par l'UNICEF et les partenaires opérationnels du Ministère de la santé. Ainsi en décembre 2012 au moins 7 sur les 40 districts de la bande Sahel ne bénéficiaient pas de la prise en charge hospitalière, et sur les 393 centres de santé effectuant la PEC de la MAS ambulatoire, seuls 290 effectuaient aussi la PEC de la MAM. De ce fait, le continuum de la PCIMA (ambulatoire – hospitalière, aiguë sévère – aiguë modérée) n'a pas été opérationnel partout dans la bande sahélienne affectée par la crise. Par ailleurs concernant la PEC MAM, la coordination entre le PAM et l'UNICEF n'a pas été optimale ni en amont (planification) ni en aval (mise en œuvre).

Dans les trois pays, la mise en œuvre de la PCIMA dépend de la présence de partenaires sur le terrain, allant jusqu'à la substitution de certaines ONG aux services publics, surtout au Niger et au Tchad, et ce malgré l'intégration physique de la PCIMA dans les formations sanitaires publiques. Par contre au Burkina, sous l'impulsion de la DN et de l'UNICEF et grâce à la concertation entre les différents acteurs, les modalités d'appui au ministère de la santé pour la PCIMA ont été harmonisées, les ONG prenant un rôle d'accompagnement plutôt que de substitution en canalisant leur soutien au niveau des districts sanitaires, une approche qui favorise la durabilité.

L'articulation de la PEC de la MAS et de la MAM – étant respectivement soutenues par l'UNICEF et le PAM – au niveau des structures sanitaires n'a pas été efficace dans les trois pays, même au Niger où une lettre d'entente établie précocement entre les deux agences définit clairement les responsabilités respectives. Parmi les facteurs qui ont affecté le continuum de la PEC MAS vers la MAM : le niveau de financement obtenu par le PAM n'a pas permis de couvrir toutes les structures sanitaires effectuant la PCIMA ; et/ou la présence de partenaires ONG différents (la plupart des ONG soutenant soit la PEC de la MAS soit la PEC de la MAM mais pas les deux) ; et/ou ruptures de stock plus fréquentes pour la PEC de la MAM (problèmes de gestion mais aussi de mobilisation insuffisante et ou tardive de fonds).

Facteurs de succès/bonnes pratiques

Le triage de la malnutrition s'intègre au triage médical du PMA (Niger)

Appui des ONG au renforcement des capacités en canalisant leur soutien au niveau des districts sanitaires plutôt que de substitution au niveau des structures sanitaires (Burkina)

Actions requises :

- *Au niveau de chaque pays : préparer des lettres d'entente et des plans de contingence conjoints (UNICEF et PAM) dans le cadre des plans de préparation et de réponse aux urgences (« emergency preparedness and response ») afin d'assurer un démarrage efficace de la réponse en cas d'avènement d'une nouvelle crise*
- *Partager l'expérience positive du Burkina Faso en ce qui concerne les modalités d'appui des ONG avec les autres pays où les ONG ont tendance à appuyer massivement les structures sanitaires plutôt que le renforcement des capacités des équipes cadres régionales et district*

Résultats PCIMA

Le nombre total de cas de MAS (enfants de moins de 5 ans) admis en 2012 dans les trois pays a atteint environ 600 000, ce qui représente 65% du total des admissions sur l'ensemble des pays de la bande Sahel pendant l'année. Seul au Tchad les admissions ont dépassé les prévisions : 146 963 cas de MAS ont été admis dans l'ensemble des structures de prise en charge, se rapprochant ainsi du scénario pessimiste qui prévoyait 159 000 cas de MAS. Au Niger, 369 000 cas de MAS soit 94% des cas attendus ont été admis. L'écart a été le plus important au Burkina avec 77 477 admissions alors que 99 840 cas de MAS étaient attendus.

Des divergences existent dans les paramètres utilisés pour les estimations des cas attendus entre WCARO et les bureaux de l'UNICEF au Burkina et au Niger :

- Au Niger, avec une longue expérience en PCIMA et la gestion de « crises nutritionnelles », le bureau de l'UNICEF a continué à appliquer un facteur de correction dérivant des chiffres d'admissions des années précédentes et pas celui proposé par le bureau régional ;
- Au Burkina, le bureau de l'UNICEF a maintenu l'utilisation de « cas pris en charge » (nouvelles admissions plus les enfants en charge à la fin du mois) et non « cas traités » (nouvelles admissions) tel que recommandé par le bureau régional ; par ailleurs les chiffres de population utilisés dans les estimations sont ceux de la tranche d'âge 0-59 mois, faute de données sur le groupe de population cible 6-59 mois.

Même si globalement les pourcentages de couverture nationale ont été corrects, les estimations des cas attendus par région au sein de chaque pays se sont avérées inexactes. Ainsi au Burkina, les données désagrégées montrent de fortes disparités entre les régions : près du double des effectifs attendus (plus 180% au Nord et au Sahel), et moins de la moitié (36% au Centre Est et 41% dans la Boucle du Mouhoun). Des variations très importantes ont été relevées aussi au Tchad avec des admissions inférieures à 50% des effectifs attendus dans les régions de Sila ou Ndjamen, dépassant 100% dans les régions de BEG, Lac, Batha, Ouadai et Salamat, et atteignant 500% au Kanem. Enfin, un scénario similaire est observé au Niger : à Maradi et Zinder plus du double des effectifs prévus, tandis que dans des régions comme Dosso ou Tillabéry moins de la moitié des bénéficiaires attendus ont été admis.

La présence variable des partenaires (soutenant entre autres le dépistage actif), la mobilité transfrontalière des populations ainsi que le niveau d'insécurité alimentaire réel dans les régions (ce qui peut être lié à la non-fiabilité des statistiques agricoles) sont parmi les raisons probables. Par ailleurs la méthodologie utilisée pour les estimations d'effectifs utilise la prévalence globale (nationale) de la MAS obtenue à partir de la dernière enquête, et ne prend pas en considération les différences entre régions.

Actions requises :

- Capitaliser sur l'expérience acquise dans les estimations faites par pays (globales et par région) et analyser, au cas par cas, des variables utilisées pour les calculs et leur variations au cours de l'année afin d'identifier les points faibles de la méthodologie et y apporter des corrections
- Définir et appliquer des mécanismes permettant l'actualisation des calculs si au cours d'une année (période entre enquêtes) les estimations ne s'avèrent pas adaptées

Performance PCIMA

Dans les trois pays, les taux de guérison, décès et d'abandons au niveau national montrent une bonne performance en matière de prise en charge nutritionnelle en se référant aux normes SPHERE, même si des disparités persistent entre les différentes régions au sein de chaque pays, avec des taux d'abandons dépassant la valeur seuil de 15% des normes SPHERE (régions du Lac et Salamat au Tchad). Par ailleurs, des analyses supplémentaires des bases de données disponibles effectuées par l'équipe d'évaluation révèlent un nombre élevé de sorties par non-réponse ou par référence médicale au Tchad et au Niger. Ces deux indicateurs, n'ayant pas une référence SPHERE ou autre, sont souvent négligés dans les analyses réalisées au niveau des pays. Au Niger le pourcentage de sorties par non-réponse est de 4,8% et les références par raison médicale de 7,3%. Au Tchad la proportion de non-répondants est de 7,6% au niveau national, avec des régions comme le Kanem ou le BEG où le pourcentage dépasse 10%.

Quoiqu'il en soit, ces résultats doivent être interprétés avec prudence au vu des diverses contraintes et insuffisances dont les évaluateurs ont pris note lors des visites de terrain (observations des activités de PCIMA en cours, ainsi que les revues documentaire des fiches et des outils de gestion disponibles dans les centres de PCIMA), des entretiens avec les partenaires, et lors de l'examen des bases de données : manque de respect des critères de sortie, manque de fiabilité des mesures anthropométriques, double enregistrement (fraude des mères), manque d'uniformité des critères

d'admission et sortie dans le même pays (cas du Burkina), faible taux de complétude des rapports, fréquence du rapportage / analyse (trimestrielle au Burkina).

Actions requises :

- *Malgré l'absence de références internationales (normes SPHERE), inclure le % de non-réponse et de référence médicale aux rapports de performance de la PCIMA afin d'améliorer l'analyse de la qualité des activités*
- *Inclure l'analyse des causes de non-réponse aux activités de supervision de la PCIMA (tel que l'analyse des causes de décès ou d'abandons) et, quand possible, agir convenablement*
- *Au Burkina Faso : accélérer la révision / validation du protocole national de la PCIMA afin de prévenir le manque d'homogénéité des données, et plaider pour harmoniser la fréquence de la collecte / analyse avec les autres pays de la région*

Prévention et intégration

Le plan stratégique global de réponse prévoyait « un ensemble intégré d'interventions portant sur la nutrition, la santé, l'eau, l'hygiène et l'assainissement, ainsi que les changements de comportements ». Le Blanket Feeding y est présenté comme l'unique stratégie de prévention, et les autres activités reconnues de prévention dont - ANJE et WASH - y sont incluses dans ce qui a été dénommé « paquet complémentaire ». Dans ce dernier, aucune mention spécifique n'y est faite à la PEC psychosociale, qui, nonobstant cette absence s'y afférant, a été activement promue par la Section de la Protection de l'Enfance de WCARO et intégrée dans les plans de réponse des trois pays.

Bien que le plaidoyer et le soutien technique et financier des sections respectives de WCARO ont joué un rôle primordial, ces lignes directrices du plan stratégique global ont été comprises et appliquées de manière différente dans les plans de réponse développés au niveau de chacun des trois pays : l'importance accordée à l'un ou l'autre des éléments du « paquet complémentaire », le rôle de l'UNICEF dans leur mise en œuvre, leur appropriation par le personnel technique de l'UNICEF dans les bureaux pays et le niveau de financement mobilisé ont été variables.

Parmi les trois pays, seul au Tchad les distributions BF pour le groupe 6-24 mois ont été soutenues par l'UNICEF ainsi que par le PAM comme stratégie préventive pendant les mois de la période de soudure ; une intervention déjà soutenue l'année précédente et donc ne résultant pas spécifiquement du plan stratégique global de 2012. A part la distribution d'Aliment de supplément prêt à l'emploi (ASPE), d'autres services préventifs ont été dispensés aux bénéficiaires comme les vermifuges, la vitamine A et l'éducation sur les pratiques familiales clés, atteignant plus de 100% des enfants ciblés. Mais, l'absence de planification conjointe des activités BF menées par le PAM et l'UNICEF a abouti à différents mécanismes de mise en œuvre de ces distributions - le PAM travaillant à travers les ONG et l'UNICEF en partenariat avec le CNNTA - et au chevauchement des activités. Un accord fut finalement conclu entre les deux agences, aboutissant ainsi à l'alternance des distributions pendant des périodes différentes dans certaines régions.

Dans le cadre de la réponse intégrée au Burkina, les résultats tant pour la stimulation psychosociale que pour WASH in Nut y ont été très limités. Les quelques activités réalisées l'ont été grâce à l'appui technique ou financier du WCARO ainsi qu'à l'engagement du personnel de l'UNICEF et des partenaires opérationnels. Mais l'engagement au sein de l'UNICEF n'a pas été uniforme et l'intérêt des partenaires pas toujours évident. De même, la coordination au sein de l'UNICEF ainsi que le financement largement insuffisants ont ralenti sinon entravé l'intégration.

Les meilleurs résultats en terme d'activités WASH (nombre de centres de PCIMA dotés en intrants et distribuant les kits aux couples mères-enfants) ont été atteints au Tchad, grâce entre autres à des fonds ECHO. Les parties prenantes rencontrées au niveau de N'Djamena et du terrain s'accordent sur le fait que le secteur WASH a été le mieux intégré à la réponse nutritionnelle et que l'initiative WASH in Nut a favorisé cette intégration.

Au Niger, l'ANJE, n'a pas fait l'objet d'interventions supplémentaires au-delà de l'appui de l'UNICEF dans le cadre du Plan d'Action du Programme Pays UNICEF/Gouvernement du Niger 2011-2015. Par contre la coordination inter-cluster WASH et Nutrition a été bonne aboutissant à l'adoption d'un paquet minimum avec une faible valeur marchande afin d'éviter les abus. Avec l'appui de WCARO, une étude de faisabilité sur la prise en charge psychosociale a été menée et des activités de stimulation psychosociale ont débuté à Zinder et Maradi en parallèle à la construction d'aires d'éveil avec un financement de la section Nutrition.

Dans les trois pays, l'ancrage de ces activités dans les politiques nationales ainsi que l'ancrage institutionnel (différents ministères impliqués) n'ont pas été pris en compte en amont, constituant ainsi un handicap majeur au lancement et à la mise en œuvre des activités. Enfin, le manque de consultation et concertation par WCARO avec les équipes au niveau du pays avant de lancer ces

initiatives a certainement contribué à l'absence d'appropriation par les sections concernées au sein de l'UNICEF.

Facteurs de succès/bonnes pratiques

Intégration de l'ANJE dans les PCA signés entre l'UNICEF et ses partenaires

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

Etude de faisabilité avant le lancement des activités de PEC psychosociale et mise à l'échelle progressive en fonction des leçons apprises (Niger)

Collaboration inter-cluster WASH et Nutrition

Actions requises :

- *Organiser un atelier inter-pays pour partager les bonnes pratiques et réfléchir sur des actions communes pour améliorer la prévention et l'intégration dans les plans de réponses aux crises nutritionnelles*
- *Organiser des réunions de consultation entre les sections Nutrition des bureaux régionaux du PAM et de l'UNICEF WCARO pour réexaminer/redéfinir les modalités de collaboration entre les deux agences dans le Blanket Feeding, ainsi que les modalités de mise en œuvre (y inclut les groupes cibles et les produits à distribuer) et le suivi et l'évaluation des résultats*

Questions transversales

Durabilité. Dans les trois pays, la crise a permis une certaine accélération du renforcement des capacités tant en planification au niveau des régions et districts que de la PCIMA au niveau des structures de PEC. Cependant, l'afflux de partenaires financiers et opérationnels a aussi créé une dépendance excessive vis-à-vis la mise en œuvre de la PCIMA, reconnue par la plupart des acteurs et à tous les niveaux. Le rôle de la contrepartie nationale a été variable, et a été particulièrement insuffisant au Tchad.

Système de collecte et de gestion de l'information. Trois pays, trois systèmes : celui du Niger comporte la collecte hebdomadaire des admissions (téléphone et radio) avec circuit unique de collecte et de transmission des données et une base de données nationale; alors qu'au Tchad, les données sur la PCIMA suivent un chemin parallèle à celui de système de santé étatique et sont centralisées et analysées à l'UNICEF. Quant au Burkina qui a aussi adopté un circuit unique sous la responsabilité de la DN, les admissions sont collectées et analysées mensuellement alors que les données sur les sorties ne sont analysées que trimestriellement.

Parmi les bonnes pratiques à relever : au Niger les admissions MAS et MAM ainsi que la complétude dans la soumission des rapports hebdomadaires sont analysées et présentées toutes les 2 semaines au GTN/Cluster qui les examine et prend des mesures correctives si nécessaire. Une analyse similaire se fait au niveau régional et district. Des réunions de coordination mensuelles au niveau de certains DS ont permis de résoudre des problèmes de promptitudes dans la transmission des données et des commandes d'ATPE. La qualité des données est vérifiée à tous les niveaux, et les données sont dans l'ensemble correctement utilisées pour la planification des activités, plus spécifiquement les estimations des commandes au regard des besoins.

Coordination. La coordination entre les parties prenantes et surtout avec et autour des autorités nationales en matière de nutrition bien que globalement meilleure en 2012 par rapport aux années précédentes, demeure un défi et ce malgré les cadres consensuels respectifs dans chacun des trois pays. En effet, ces cadres de concertation/coordination n'ont pas toujours permis de faire un état des lieux précis des engagements des différents acteurs et de leur mise en œuvre avec pour conséquences : parfois une duplication inutile des efforts (plus d'une ONG dans le même district) et une concentration inégale des ressources (certains districts, pourtant dans des régions prioritaires, sans partenaires). En ce qui concerne le rôle de ces cadres de consultation dans le renforcement des capacités et du leadership nationaux, seuls les TDR du groupe PTF au Burkina Faso le soulignent.

Au Tchad, aux dires mêmes du CNNTA, dont le financement dépend quasiment des partenaires, le CNNTA fait face à des : « Défis importants de coordination, de supervision, de suivi/évaluation, que le CNNTA n'est pas en mesure d'affronter dans les conditions actuelles de contraintes institutionnelles, organisationnelles et opérationnelles » ; « L'absence de moyens logistiques : le CNNTA ne dispose pas

de véhicule et des ressources pour assurer les suivis et évaluation¹². ». Malgré un plan budgétisé de mise en œuvre de sa restructuration élaboré par le CNNTA, son rôle dans la coordination de la réponse à travers le Cluster Nutrition et le rôle d'appui des partenaires dans le renforcement des capacités du CNNTA ne sont pas perceptibles. Le plan stratégique du cluster élaboré durant l'année 2012 a reconnu cette faiblesse de l'appui et a mis l'accent sur le renforcement des capacités du CNNTA.

Parmi les bonnes pratiques : au Niger, en février 2012, le GTN/Cluster a décidé unanimement de tenir des réunions bimensuelles afin de mieux répondre à la crise. Au total, 18 réunions ont été organisées. Ces réunions se sont surtout penchées sur différents aspects de la réponse à la crise nutritionnelle.

Facteurs de succès/bonnes pratiques

Projet de revitalisation du système de santé (Tchad)

Disponibilité en temps réel des admissions MAS et MAM et de la complétude du rapportage (Niger)

Périodicité des réunions du GTN / Cluster intensifiée afin de mieux répondre à la crise (Niger)

7.2 Recommandations

Si la mise en œuvre du plan de réponse à la crise nutritionnelle a globalement bien fonctionné en ce qui concerne les aspects relevant de l'UNICEF, beaucoup de contraintes et défis restent à relever pour donner une réponse véritablement intégrée aux prochaines interventions. Des recommandations spécifiques ont été formulées dans chaque étude de cas dans cette philosophie. En sus des recommandations à l'égard de WCARO déjà incluses dans les études de cas et qui concernent essentiellement les améliorations à amener au niveau de chaque pays, l'équipe d'évaluateurs recommande les actions suivantes :

Actions spécifiques à un pays donné

Tchad :

1. Organiser un atelier de formation Cluster pour en renforcer la cohésion ainsi que son efficacité et efficacité
2. Mener une évaluation indépendante de l'initiative de revitalisation du système de la santé en vue de sa réplique dans d'autres pays

Niger et Tchad :

3. Mener un audit sur les ATPE et élaborer de mécanismes visant tant à un meilleur contrôle pour prévenir les détournements à large échelle des ATPE qu'à identifier des mesures plus efficaces à l'encontre des contrevenants

Actions englobant les trois pays

4. Tenir un atelier inter-pays pour partager les bonnes pratiques (telles que le logiciel développé au Niger) et réfléchir sur des actions communes pour améliorer la mise en œuvre d'une prise en charge intégrée de la malnutrition ; en particulier les thèmes suivants :
 - Supervision
 - Système de collecte et de gestion de l'information Intégration
 - Prévention
 - Intégration

Durée et participants :

2 à 3 jours : 1 personne/section : C4D, logistique, Nutrition, Protection et WASH

Les 2 jours suivants : se joindront 2 personnes nationales de la DN (ou son équivalent) pour discuter d'actions conjointes UNICEF/Ministère de la santé

5. Organiser des réunions de consultation entre les sections Nutrition des bureaux régionaux du PAM et de l'UNICEF WCARO pour réexaminer/redéfinir les modalités de collaboration entre les deux agences dans la PCIMA et la prévention

¹² Présentation de la CNNTA à la conférence « Crise alimentaire en bande sahéenne : leçons tirées des précédentes réponses humanitaires et mise en perspective face aux défis à venir », le 21 mars 2012 à N'Djamena. Organisée par l'URD-Urgence Réhabilitation Développement, un institut indépendant spécialisé sur les pratiques et les politiques humanitaires et post-crisis

6. Organiser une réunion consultative d'experts portant sur :

- *La méthode d'estimation des cas de malnutrition attendus* : analyser les variables utilisées pour les calculs et leur variations au cours de l'année afin d'identifier les points faibles de la méthodologie et y apporter des corrections et identifier des mécanismes permettant l'actualisation des calculs si au cours d'une année (période entre enquêtes) les estimations ne s'avèrent pas adaptées
- *Les indicateurs de performance non inclus dans les références internationales (normes SPHERE)* : pourcentages de non-réponse et de références médicales aux rapports de performance de la PCIMA afin d'améliorer l'analyse de la qualité des activités

8 ANNEXES

1. Itinéraires de la mission d'évaluation
2. Liste des documents consultés
3. Liste des personnes rencontrées
4. Admissions par rapport aux cas attendus
5. Termes de référence
6. Méthodologie

Annexe 1 Itinéraires de la mission d'évaluation

Déroulement de la mission		
Étapes	Lieu	Dates (2013)
Phase de démarrage	Bureau Régional UNICEF - Dakar	9 au 16 février
Etudes de cas	Tchad	17 au 28 février
	Niger	18 au 30 mars
	Burkina Faso	1 au 14 avril
Synthèse et rapport final	Bureau Régional UNICEF - Dakar	15 au 23 avril
	Finalisation	24 avril au 30 juin

Tchad : 17 au 28 février 2013

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche	
11	12	13	14	15	16	17	
						Arrivée à NDJ	
18	19	20	21	22	23	24	
NDJ Entretiens	NDJ Entretiens	MS & LB : Wadi Fira/Iriba Visites de sites de PCIMA et entretiens			NDJ	MS & LB départ pour le Kanem	
		MM à NDJ : Entretiens					
25	26	27	28	1	2	3	
MS & LB: Kanem/Mao et Noukou Visites de sites de PCIMA et entretiens		MM & MS & LB à NDJ Entretiens et Préparation restitution	MM & MS & LB a NDJ Restitution interne UNICEF				
MM : Hadjer Lamis/Massaguet Visites de sites de PCIMA et entretiens	MM à NDJ : Entretiens		Départ de MM & MS				
LB: Lydie Beassemda (consultante nationale) MS: Montse Saboya MM : Mirella Mokbel Genequand							

Les contraintes spécifiques à l'étude de cas du Tchad incluent : (1) la sécurité et la logistique (mauvais état des routes, longs déplacements, etc.) qui ont affecté la durée des visites de terrain; (2) calendrier de la visite qui ne coïncidait pas avec les jours de PCIMA limitant le nombre de séances de PCIMA observées ; (3) récents changements de titulaires de postes importants au sein de l'équipe UNICEF du bureau pays, particulièrement dans la section Nutrition qui ont limité l'obtention d'opinions sur le déroulement de l'intervention en 2012 ; et (4) participation de la consultante nationale a dû être limitée suite à un souci de conflit d'intérêt vu sa position au sein du Centre national de nutrition et de technologie alimentaire (CNNTA)¹³. En effet, bien qu'elle en ait pris congé pour la durée de la mission, sa position au sein du CNNTA aurait pu influencer les opinions des personnes interviewées.

¹³ La consultante a été identifiée et recrutée par le bureau de l'UNICEF au Tchad suivant des instructions données par WCARO aux trois pays. L'UNICEF WCARO et les consultantes externes ont appris fortuitement son affiliation au CNNTA durant la phase de démarrage. Vu le planning très serré déjà préparé par WCARO, son remplacement n'était pas possible.

Niger : 18 au 30 mars 2013

Mars 2013						
Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
18	19	20	21	22	23	24
Arrivée MMG	Niamey Entretiens	Niamey Entretiens	Niamey Entretiens	Niamey Entretiens	Travail Interne Mission	Départ Consultant national pour Maradi
				Arrivée MS		Travail Interne Mission
25	26	27	28	29	30	31
Maradi/Aiguié Visites de sites de PCIMA et entretiens (Consultant national)	Maradi/Maradi Urbain Visites de sites de PCIMA et entretiens	Maradi/ Guidan Roundji et Madarounfa Visites de sites de PCIMA et entretiens	Retour à Niamey (durée de vol : 7 heures) Préparation restitution	Restitution Travail interne Mission	Départ MM & MS pour Burkina Faso	
Niamey Entretiens (consultantes internationales)						

Les contraintes spécifiques à l'étude de cas du Niger incluent : (1) la non-participation du consultant national à la phase préparatoire à Dakar dû à des retards d'ordre administratif, raison pour laquelle les consultantes internationales ne l'ont pas autorisé à commencer la visite terrain avant leur arrivée estimant qu'il n'est pas suffisamment préparé; (2) l'arrivée tardive de l'experte en santé publique et nutrition qui a réduit sa participation à la mission de (13 à 9 jours); (3) l'annulation du vol planifié pour Maradi, qui a raccourci la durée de visite de terrain, annulant ainsi la visite de Zinder ; et (4) la non prolongation du contrat du consultant national après le départ des consultantes internationales, et donc l'impossibilité pour lui de faire une visite de terrain supplémentaire (en remplacement de Zinder) soit à Tillabéry ou Niamey péri-urbain après le 1^{er} avril, comme souhaité par les consultantes et WCARO, et (5) le calendrier de la visite qui ne coïncidait pas toujours avec les jours de PCIMA limitant le nombre de séances de PCIMA observées à 3 sur 5.

Burkina Faso : 30 mars au 14 avril 2013

Mars – Avril 2013						
Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
25	26	27	28	29	30	31
			Centre- Nord/Kaya Visites de sites de PCIMA et entretiens	Centre- Nord/Kongo ussi Visites de sites de PCIMA et entretiens	Arrivée MM & MS 30/03	Travail interne mission
1	2	3	4	5	6	7
(Jour férié) Travail interne mission	Entretiens	Entretiens	Entretiens	Entretiens	Travail interne mission	Départ pour Ouahigouya
8	9	10	11	12	13	14
Nord/Ouahi gouya Visites de sites de PCIMA et entretiens	Nord/Ségué néga Visites de sites de PCIMA et entretiens	Nord/Yako Visites de sites de PCIMA et entretiens	Nord/Yako Visites de sites de PCIMA et entretiens (consultant national) Entretiens et préparation Restitution	Restitution	Travail interne mission	Départ pour Dakar

Les contraintes spécifiques à l'étude de cas du Niger incluent : 1) inconsistances entre les sources de données quantitatives à analyser ; 2) dans le planning, le calendrier des visites qui ne coïncidait pas avec les jours de PCIMA a limité le nombre de séances de PCIMA observées (3/7). Enfin l'équipe d'évaluateurs n'a pas pu entreprendre des visites de terrain durant la première semaine de son séjour suite à une grève générale au sein du Ministère de la Santé.

BURKINA FASO

A. UNICEF

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

Nutrition

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Protection

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

Rapports statistiques

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

Sous-Bureaux

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

Base de données DS Ouahigouya/région Nord

Supply Plans de distributions 2012

WASH

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

B. AUTRES SOURCES

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

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

Banque Mondiale (2012) Fiche Pays

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

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

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

Groupe PTF Nut (2012) PPT - Le dispositif de coordination du Groupe des PTF en sécurité nutritionnelle au Burkina Faso- Août 2012

Groupe PTF Nut (2012) Compte Rendus des Réunions

Groupe PTF Nut (2012) Contribution des PTF au Volet Nutritionnel du Plan Opérationnel de Soutien aux Populations Vulnérables aux Crises Alimentaires et Nutritionnelles 2012 – Fichier Excell

Groupe PTF Nut (2012) PPT - Rapport de la mission conjointe d’opérationnalisation et de suivi du volet nutrition du plan de réponse nationale a la crise alimentaire 2012 – octobre 2012

Groupe PTF Nut (2012) PPT - Rapport de la mission conjointe d’opérationnalisation et de suivi du volet nutrition du plan de réponse nationale a la crise alimentaire 2012 – juillet 2012

Groupe PTF Nut (2012) PPT - Rapport de la mission conjointe d’opérationnalisation et de suivi du volet nutrition du plan de réponse nationale a la crise alimentaire 2012 – mai 2012

Groupe PTF Nut (2011) Groupe des Partenaires Techniques et Financiers de la Sécurité Nutritionnelle - Termes De Référence *Version Finale du 28 Novembre 2011*

Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) (2011) Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDSBF-MICS IV), réalisée de mai 2010 à début janvier 2011

Ministère de l’Agriculture et Hydraulique (2011) Plan Opérationnel de Soutien aux Populations Vulnérables aux Crises Alimentaires

MS/DN (2012) PPT - Volet Nutrition du Plan Opérationnel de Riposte - Session du Conseil National de Concertation en Nutrition – mai 2012

MS/DN (2012) Termes de Référence -Mission Conjointe D’opérationnalisation et de Suivi du Volet Nutrition du Plan de Réponse Nationale à la Crise Alimentaire 2012

MS/DN (2007) Protocole National de Prise en Charge de la Malnutrition Aiguë

MS/DN (2011) Enquête Nutritionnelle Nationale 2011

MS/DN (2010) Enquête Nutritionnelle Nationale 2010

MS/DN (2009) Enquête Nutritionnelle Nationale 2009

MS (2012) Politique nationale de santé communautaire

MS (2012) Plan d’action 2012 – Direction régionale de la santé Région Centre-Nord

MS/DRS Centre-Nord (2012) Plan d’action du District sanitaire de Kongoussi - 2012

MS (2011) Analyse de la santé communautaire au Burkina Faso Rapport Final

MS (2011) Plan de Passage à l’Echelle de la Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë Sévère au Burkina Faso 2011 - 2015

MS/CNLS-IST (2008) Normes et Protocoles de Prise en Charge Médicale des Personnes Vivant avec le VIH au Burkina Faso

Nations Unies (2013) Burkina Faso Consolidated Appeal 2013

Nations Unies (2013) Burkina Faso Consolidated Appeal 2012

OCADES/UNICEF (2012) Accord de Coopération - Amélioration de la prise en charge intégrée de la malnutrition sévère dans les CREN (Octobre 2012-Septembre 2014)

OCHA (2013) Tableau de Bord Humanitaire Burkina Faso (Extrait du document CAP Burkina Faso 2013)

PAM (2012) Rapport d’évaluation approfondie sur la sécurité Alimentaire Des Ménages En Situation d’urgence (EFSA) dans 170 communes déclarées à risque d’insécurité alimentaire –avril 2012

SC (2012) Prise en charge Communautaire de la Malnutrition Aiguë (PCMA) Évaluation Semi-Quantitative de l’Accessibilité et de la Couverture Région Centre Nord - Districts Sanitaires de Kaya (février –mars 2012)

TDH (2011) Projet SMI/NUT financement base sur les résultats

TDH (2010) Registre électronique de consultation – Conception et mise en œuvre du projet. Présentation à une rencontre des partenaires santé en Octobre 2010 à Ouagadougou

TDH (2009) Projet d’introduction d’un outil informatisé d’aide à la consultation curative infirmière dans les formations sanitaires périphériques

UNICEF/PAM (2012) Mémorandum d’entente – août 2012

Valid (2013) Calendrier des formations

Valid/UNICEF (2012) “Prise en charge Communautaire de la Malnutrition Aiguë” (PCMA) Revue de l’état d’avancement pour le passage à l’échelle nationale Régions Sanitaires du Sahel, du Nord.

NIGER

A. UNICEF

Notes d'information

Représentant de l'UNICEF au Niger (2012) Visite D.E.D. au Niger du 2 au 6 avril 2012 -Note pour visite de S.T.A. l'usine de production de RUTF (Ready to use Therapeutic Food)

Rapports

UNICEF (2012) Humanitarian Action Update – Sahel Nutrition Crisis (Rapports du 6 février et juin 2012)

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

Santé & Nutrition

UNICEF (2012) Indicateurs de performance Niger 2012 PCIMA- Suivi Semestriel

Sous-Bureaux

UNICEF sous-bureau Maradi (2012) Plan de réponse intégrée dans la gestion de la situation nutritionnelle

Gouvernement du Niger, UNICEF et Play Therapy Africa (2012) La stimulation psychosociale et affective dans les situations de crises alimentaires et nutritionnelles au Niger

UNICEF WCARO/World Vision (2012) Integrating Mental Health and Psychosocial Support into the Sahel Nutrition and Refugee Crisis Consultancy Report - Burkina Faso, Niger, Mauritania, Chad and Senegal (Megan McGrath, Mental Health and Psychosocial Support Coordinator, Humanitarian Emergency Response Team, World Vision-Australia)

B. AUTRES SOURCES

Cabinet du Premier Ministre/Système d'Alerte Précoce (2011) Enquête sur la sécurité alimentaire des ménages, juin 2011

Care (2011) Modèle de prévention et de prise en charge non médicale de la malnutrition en milieu communautaire – Tome 1 Démarche pratique sur le terrain (projet de promotion des initiatives en faveur de la nutrition et de la démographie –PPIND)

Child Frontiers Ltd (2011) Cartographie et Analyse du Système de Protection de l'Enfant au Niger. Réalisée avec le soutien de l'UNICEF, l'Alliance Internationale Save the Children, et Plan International

Cluster Nutrition (2012) Tous les comptes rendus des réunions bimensuelles 2012

Emergency Capacity Building Project and Assessment Capacities Project (2012) Evaluation conjointe des besoins dans les régions de Tillabéry et Diffa – NIGER

FANTA/USAID (2011) Revue de la mise en œuvre du programme de prise en charge à base communautaire de la malnutrition aiguë au Niger 13- 28 octobre 2010

Gouvernement du Niger (2005) Accord-Cadre entre l'Etat du Niger et les Donateurs relatif au renforcement du Dispositif national de Prévention et de Gestion des Crises Alimentaires

Gouvernement du Niger/ Haut Commissariat à l'Initiative « 3N » (2012) Initiative « 3N » pour la Sécurité Alimentaire et le Développement Agricole Durables « Les Nigériens Nourrissent les Nigériens - Cadre Stratégique et Cout Estimatif Des Programmes De L'initiative pour la Période 2012 -2015

Groupe Régional WASH (2012) Stratégie « WASH in Nut » crise nutritionnelle et alimentaire du Sahel 2012 – Résultats de l'étude de faisabilité

Haute Autorité à la Sécurité Alimentaire (HASA) (2011) Symposium International de Niamey sur la Sécurité Alimentaire et Nutritionnelle au Niger, 28 au 31 mars 2012 (diverses présentation Power Point)

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

Institut National de la Statistique (2012) Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples du Niger, EDSN-MICS IV, Rapport Préliminaire, décembre 2012

ISN/DN (2010) Enquête nutrition et survie des enfants de 6 à 59 mois. Niger, Mai-Juin 2010.

Données récapitulatives préliminaires.

- ISN/DN (2011) Enquête nutrition des enfants de 6 à 59 mois. Niger, Mai-Juin 2011. Rapport Synthétique
- ISN/DN (2012) Enquête nutritionnelle nationale utilisant la méthodologie SMART. Niger, Juin-Août 2012. Rapport Synthétique
- MSP/Direction des Statistiques, Tableau : Répartition de la population par département et par Districts sanitaires selon certains groupes d'âge, janvier 2012
- MSP (2009) Rapport d'exécution du PDS 2006-2010
- MSP (2011) Plan de développement sanitaire 2011-2015
- MSP (2012) Protocole National de Prise en charge de la Malnutrition
- MSP (2011) Enquête sur la sécurité alimentaire des ménages, juin 2011
- République du Tchad & UNICEF (2011) Protocole National de Prise en Charge de la Malnutrition Aigüe
- OCHA (2013) Bulletin Humanitaire Niger (plusieurs entre janvier et décembre 2012)
- OCHA (juin 2012) Appel Global Niger : Revue À Mi-Parcours 2012
- OCHA (2011) Appel Global Niger 2012
- OMS (2012) OMS au Niger-Actu Flash Report (Communiqué No 53 du 12 janvier 2012)
- République du Niger (2012) Concertation Régionale sur les Perspectives Agricoles et Alimentaires au Sahel et en Afrique de l'Ouest – Dakar/Sénégal, 4-6 septembre 2012
- SC/PAM (2012) Scénarios pour l'année de consommation Octobre 2011 – Septembre 2012 pour 3 aires géographiques au Niger.
- SC (2012) Niger : analyse de la situation alimentaire des ménages – Synthèse juin 2012
- USAID/FEWS NET (2011) Niger : Perspective sur la sécurité alimentaire Octobre 2011 à Mars 2012

TCHAD

A. UNICEF

Rapports statistiques

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

Santé & Nutrition

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

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

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

C4D et Communication

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

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

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

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

Draft Communication Plan Nutrition Crisis in the Sahel (Excel)

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

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

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

Education

Cluster Education-Tchad (janvier 2013) Tchad Stratégie du Cluster Education 2013 – 2015
Draft du rapport de la mission d'évaluation rapide de la crise nutritionnelle sur les écoles de la bande sahélienne (7-13 mai 2012)

Protection

Sous-Cluster Protection de l'Enfance (octobre 2012) Carte : Qui fait quoi où ?
Sous-Cluster Protection de l'Enfance Termes de Référence
Sous-Cluster Protection de l'Enfance La Stratégie Opérationnelle 2013-2015

SPPME

UNICEF & République du Tchad (février 2012) Programme de Coopération Tchad-UNICEF 2012-2016.
Plan Intégré de Suivi et Evaluation (PISE 2012)
UNICEF (2011) Projet de descriptif de programme de pays Tchad

WASH

Budget Strategy Wash-Nut (Excel)
UNICEF Tchad (2009) Actualités sur la crise nutritionnelle au Grand Kanem
Groupe Régional WASH (2012) Stratégie « WASH in NUt » Crise Nutritionnelle et alimentaire du Sahel 2012
Logical Framework WASH in Nutrition Crisis
Paquet minimum "WASH in Nut", indicateurs et activités par cible

CNNTA

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

Cluster Nutrition

Cluster Nutrition Tchad (2012) Réponse à la crise nutritionnelle. Bulletin Cluster Nutrition – Trimestriel d'informations du Cluster Nutrition Tchad. Avril-Juin 2012
Cluster Nutrition Tchad Plan d'Action du Cluster Nutrition Période : Avril 2012 - Décembre 2012
Cluster Nutrition Tchad (mars 2012) Termes de Référence Cluster Nutrition, N'Djamena-Tchad
Cluster Nutrition Tchad (2012) Comptes rendus des réunions mensuelles en 2012

B. Autre sources

Commission Européenne (2013) Fiche-Info ECHO Crise alimentaire et nutritionnelle au Sahel.
FAO (2012) Crise au sahel 2012 : assurer la sécurité alimentaire et les moyens d'existence. Note d'information N°1 du 6 février 2012
IASC régional et groupe de travail régional sécurité alimentaire et nutrition (2012) Plan de réponse face à la crise alimentaire et nutritionnelle au Sahel
MSP/UNICEF (2012) Enquêtes nutritionnelles et de mortalité rétrospective par la méthodologie SMART dans 11 régions de la bande sahélienne du Tchad. Rapport Final
Nations Unies (2013) Chad Consolidated Appeal 2013+
OCHA (2012) Tchad : Présence des acteurs en août 2012
OCHA (2012) Tchad Carte : Organisation administrative
OCHA (2012) Chad : Humanitarian Snapshot as of 24 September 2012
OCHA (2013) Bulletin Humanitaire Tchad – janvier 2013-02-22
OCHA (2013) Liste nominative des membres du HCT du Tchad à la date du 26 janvier 2013
OCHA (2012) Chad 2012 Consolidated Appeal - Humanitarian Dashboard as of 18 November
OMS (2008) Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays 2008-2013 – Tchad
ONSAHDIS/ONDR/PAM/FAO/UNFPA/UNOCHA/AFDI/BCI/FPT/ASSAR (2012) Impact de la réponse à la crise alimentaire et nutritionnelle et capacités de résistance des populations aux chocs des aléas - Ouaddaï, Sila et Wadi Fira, Rapport d'évaluation coordonnée du 24 novembre au 3 décembre 2012
Partenaires en nutrition et zones d'intervention (powerpoint)
République du Tchad-Ministère du Plan, de l'Economie et de la Coopération Internationale/Institut National de la Statistique, des Études Économiques et Démographiques (INSEED)/UNFPA/UNICEF (2011) Enquête par grappe à indicateurs multiples Tchad 2010 –

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

Annexe 3 Liste des personnes rencontrées

Parties prenantes rencontrées			
	Burkina Faso	Niger	Tchad
UNICEF			
C4D	✓	Non disponible	✓
Logistique	✓	✓	✓
Nutrition	✓	✓	✓
Protection	✓	✓	✓
Santé	✓	✓	✓
Urgences	Non applicable	✓	✓
WASH	✓	✓	✓
Sous-bureaux UNICEF	Non applicable	✓	✓
Coordinateur dédié Cluster	Non applicable	Non applicable	✓
Ministère de la santé			
Nutrition	✓ (DN)	✓ (DN)	✓ (CNNTA)
Secrétaire Général	Non disponible	Non disponible	✓
Agences Nations Unies			
PAM	✓	✓	✓
OCHA	✓	✓	Non disponible
OMS	✓	Non disponible	Non disponible
Donateurs			
ECHO	✓	✓	✓
AECID		✓	
ONG internationales			
	ALIMA, ACF, HELP, HKI, SC, TDH	CONCERN, Counterpart International, HELP, HKI, MSF-B, MSF-F, CRE, CRF, PU-AMI et SC	ACF-F, ALIMA, CRF, IMC, IRC, MERLIN, MSF-H, PU-AMI, Solidarités Internationale
ONG locales			
	CRBF, Keoogo, SEMUS	BEFEN, CADEV, CRN, FORSANI	BASE

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

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

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

NIGER		
Nom	Poste / titre	Contact
NIAMEY		
UNICEF		
Pilar Palomino	Chef WASH	pilar.palomino@gmail.com
Togota Sogoba	WASH	tsogoba@unicef.org
Salmey Bebert	Chef Protection Enfance	sbebert@unicef.org
Eric –Alain Ategbó	Administrateur Nutrition	eaategbo@unicef.org
Boureima Hammadou	Spécialiste Nutrition	
Odile Bulten	Spécialiste Urgences	obulten@unicef.org
Stéphane Arnaud	Administrateur Supply and Logistics	sarnaud@unicef.org
PTF		

NIGER		
Nom	Poste / titre	Contact
Darline Raphael	PAM	darline.raaphael@wfp.org
Robertine Sanvura	Spécialiste des urgences et chargée des affaires humanitaires OCHA	sanvura@un.org
Wim Fransen	Chef de Bureau ECHO	wim.fransen@echofield.eu
Jaime Del Rivero Trenor	Responsable Projets Santé au Niger AECID	Salud.niger@aecid
ONG		
Bamba Fougoutin Ibrahim	Représentant Adjoint HKI	bibrahim@hki.org
Groge Haoua	Assistante Programme HKI	haouami@hki.org
Dramane Koné	Chef de Mission MSF-F	msff-niamey-cdm@paris.msf.org
Dr Sayadi Sani	Coordonateur general BEFEN	befencoordint@yahoo.fr
Taher Wassiri Iim	Croix –Rouge Nigerienne	wasto2@yahoo.fr
Leslie Koo	Save the Children	leslikoo@savethechildren.org
Kate Reinsma	Samaritan's Purse	kreinsma@samaritan.org
Dominique Le Dortz	PU-AMI	nee.cdm@pu-ami.org
Dr Sambo Sidikou	HELP	sambosidikou@yahoo.fr
Memel S.Victoria	HELP	victoriamemel@yahoo.fr memel@help-ev.de
Veronique Van Frachen	MSFB	msfocb-niamey-medco@brussels.msf.org
Michele Seibou	CONCERN	michele.seibou@concern.net
Ambarka H. Youssoufane	Croix-Rouge France	nut1-niger.frc@croix-rouge.fr
Himberka Yan Ohet Sodje	MDM-France	medco.niger@medecinsdumonde.net
Ana Montoya	Croix- Rouge espagnole	amb@cruzraja.es
Souleymane Souèba	CADEV	souebadjibo@yahoo.fr
Mme Nargoungou Safia	Counterpart International	nsafiatou@counterpart.org
Direction de la Nutrition		
Mamane Batoure	Responsable Cellule S/E	m_batoure@yahoo.fr
Mahaman Sami Salaou	Division de la Prévention des Troubles Nutritionnels (DPTN)	samisalaoum@yahoo.fr
MARADI		
Aguié		
Mme Mariama Mahamadou	Responsable CRENAS /CRENAM CSI Urbain Aguié	
Mr Mahaman Laminou Sani	CSE/District Sanitaire Aguié	malsani@yahoo.fr
Moutari Salibi	Communicateur District Sanitaire Aguié	moutarisalibi@yahoo.fr
Habibou Mano	Point Focal Nutrition District Sanitaire Aguié	Habibou-Mano@yahoo.fr
Adamou Magagi	Project Officer Save the Children Aguié/Tessaoua	Magagi.Adamou@savethechildren.org
Dr Mahamadou Moctar	MCD District sanitaire Aguié	mahamadoumoctar@yahoo.fr
Mr Yahaya Bouda Kaocen	Responsable CRENI Aguié	
Mr Salifou Issoufou	Gerant Pharmacie CRENI Aguié	mijinyawasalifou@gmail.com
Maradi Urbain		

NIGER		
Nom	Poste / titre	Contact
Idrissa Mounkaila	Directeur Régional de la Santé Publique(DRSP) de Maradi	idrissa_mounkaila@yahoo.fr
Dr Kinni Aghaïcha	Médecin Santé Publique à la DRSP	
Mme Harouna Rayana	Point Focal Nutrition DRSP Maradi	amadourayana@yahoo.fr
Mme Hassane Zeinabou	Point Focal Nutrition/Adjoint DRSP Maradi	zeinabouibrahimbara@yahoo.fr
Dr Nazifi Maman	Médecin Chef de District (MCD) Maradi Communauté Urbaine (CUM)	moustaphamaman@yahoo.fr
Dr Bawa	Médecin Chef de District Adjoint (MCD/A) Maradi Communauté Urbaine	
Mme Zaneidou Haouaou	Point Focal Nutrition CUM	
Mme Omar Habiba Salifou	Médecin Chef CSI Ali Chaibou	
Mme Saadou Hadjia Balki	Responsable CRENAS CSI Ali Chaibou	
Mr Hamidine Hassane	Responsable nutrition Bureau de Zone UNICEF Maradi	hhassane@unicef.org
Madarounfa		
Dr Hassane Boureima	MCD Madarounfa	hassane_b@yahoo.fr
Mr Maman Bako	Point Focal Nutrition Madarounfa	
Mlle Rahana Maazou	Substitut CSE Madarounfa	
Mr Adama El Bachir	Chef CSI Urbain Madarounfa	

TCHAD		
Prénom Nom	Fonction	Adresse électronique
N'DJAMENA		
UNICEF		
Bruno Maes	Représentant	
Paola Valenti	Chef Section Nutrition	pvalenti@unicef.org
Ismael Ngine Teta	Spécialiste Nutrition	
Mehoudou Faton	Chef Section Survie	mfaton@unicef.org
Venuste Rwamfizi	Coordinateur cluster nutrition	vrwamfizi@unicef.org
Guy Yogo	Responsable des urgences	gyoyo@unicef.org
Beatrice Wakimunu	Chef Section Education	bwakimunu@unicef.org
Lillian Okwiri	Chef section WASH	lokwiri@unicef.org
Bakary Sogoba	Chef section protection	bsogoba@unicef.org
Hector Calderon	Chef section communication / C4D	hcaldero@unicef.org
El Hadj Diouf	Chef section SPPME (intérim)	
Pacifique Ngata Ynqamaye	Spécialiste planification / S&E	
Ahmat Hamid	Spécialiste Politiques et Planification	ahamid@unicef.org
Nanalngar Moyengar	Spécialiste Approvisionnement & Logistique	nmoyengar@unicef.org
PTF		
David Bulman	Chef de programme PAM	David.bulman@wfp.org
Raphael Chuinard	Chargé de Programme PAM	Raphael.chuinard@wfp.org
Jane Lewis	Assistant Technique ECHO	
MSP		
Dr Mahamat Annour Wadak	Secrétaire Général du Ministère de la Santé	
Dr Adoum Daliam	Chef CNNTA au Ministère de la Santé	

TCHAD		
Prénom Nom	Fonction	Adresse électronique
ONG		
Félix Léger	Directeur Pays IRC	Felix.Leger@Rescue.org
Franck Mpoyi	Coordinateur Nutrition IRC	Franck.Mpoyi@Rescue.org
Sani Aliou	Directeur de Programme IMC	saliou@internationalmedicalcorps.org
Sele Mulanda	Coordinateur nutriiton CRF	
Aristide	PU-AMI Responsable Santé et Nutrition	
Mathieu Ebbesen-Goudin	PU-AMI Chef de Mission	
Philippe Bonnet	Solidarités Internationale Chef de Mission	
Zigro Dardoum	ACF-F Adjointe Responsable Nutrition	
Olivia Freire	ACF-F Nutrition	
Déo Katsuva	ALIMA Coordinateur Médical	
Yannick Géoris	Merlin Directeur Pays	
Clotilde Lappartient	MSF-Hollande Chargée Affaires Humanitaires	
REGIONS DE L'EST		
Moustapha Grovogui	Nutrition UNICEF sous-bureau Abéché	mgrovogui@unicef.org
Dr Abdelsalem Mahamat	Responsable de Programme, BASE régions de l'est	
Dagai Kadare	Chef de Poste centre de santé de Kouba, district d'Iriba	
Mahamat Ousmane Ahmat	Chef de Zone (santé) du District d'Iriba	
Beito Alexis	Infirmier CNT Iriba (IMC)	
Alias Youssouf	Superviseur IMC	
Mme Zam Zam Soumaine	Chef de Poste centre de santé (urbain) d'Iriba	
Gabriel	Superviseur cliniques mobiles BASE	
Zo Eorintany	Chef de bureau PAM Iriba	
Francis Adoum	Consultant C4D UNICEF à Am Dam (en visite à Iriba)	
KANEM		
Sylvain Toé	Equipe ACF – Kanem	
HAGJER LAMIS/MASSAGUET		
Dr Amane Koumaye	MCD	
Koumabasse Justin	Responsable PEV	
Yaya Brahim	Gestionnaire de district	
Absakine Hicham	Chef de zone	

Annexe 4 Sources d'information

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

Annexe 5 Admissions MAS par rapport aux cas attendus

Tableau 12 Admissions MAS par rapport aux cas attendus-Burkina Faso			
BURKINA FASO	Nb cas MAS attendus	Nb cas admis et pourcentage sur les cas attendus	
		Nombre	%
BOUCLE DU MOUHOUN	14 882	6 041	41
CASCADES	3 843	1 456	38
CENTRE EST	9 322	3 342	36
CENTRE OUEST	9 792	7 059	72
CENTRE NORD	12 192	10 419	85
CENTRE SUD	2 794	1 572	56
EST	11 244	7 370	66
HAUTS BASSINS	4 926	2 851	58
CENTRE	7 213	1 998	28
PLATEAU CENTRAL	1 696	1 590	94
NORD	8 858	16 648	188
SAHEL	7 203	13 565	188
SUD OUEST	5 802	3 566	61
Total	99 767	77 477	91

Tableau 13 Admissions MAS par rapport aux cas attendus-Niger			
NIGER	Nb cas MAS attendus	Nb cas admis et pourcentage sur les cas attendus	
		Nombre	%
AGADEZ	6 934	4 633	67
DIFFA	11 247	7 970	71
DOSSO	83 878	20 479	24
MARADI	64 217	132 180	206
TAHOUA	63 757	55 349	87
TILLABERY	84 871	25 128	30
ZINDER	59 745	117 265	196
NIAMEY	19 088	6 032	32
Total	393 737	369 036	94

Tableau 14 Admissions MAS par rapport aux cas attendus-Tchad

TCHAD	Nb cas MAS attendus	Nb cas admis et pourcentage sur les cas attendus	
		Nombre	%
LAC	6 591	11 379	173
BATHA	15 391	13 488	88
HADJER LAMIS	11 794	16 498	140
BAHR EL GAZAL	5 134	11 957	233
KANEM	6 754	35 805	530
GUERA	13 712	12 248	89
OUADDAI	16 258	17 639	108
SILA	12 182	5 651	46
WADI FIRA	14 454	9 870	68
SALAMAT	5 486	9 705	177
N'DJAMENA	19 552	1 798	9
Total bande Sahel	127 307	146 038	115

BACKGROUND

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

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

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

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

DESCRIPTION & OBJECTIVES OF THE INTERVENTIONS

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

- **Treatment of severe acute malnutrition (SAM):** active case finding and community case management of SAM; WASH¹⁴ in treatment facilities/communities (e.g. access to potable water for affected families/communities, latrine construction); Health (e.g. active screening, malaria prevention / treatment and immunization campaigns, HIV/AIDS in areas where treatment of malnutrition is ongoing); and communication for development (C4D), especially messaging for infant and young child feeding (IYCF) as well as hygiene promotion. The integration of the management of acute malnutrition in the health system reduces wasted efforts to start and stop emergency nutrition responses facilitates the implementation of the response, and improves coverage.
- **Treatment of moderate acute malnutrition (MAM):** case management of MAM with an integrated approach to incorporate WASH, health and C4D.
- **Building Resilience:** Preventive blanket feeding, Improving IYCF (especially complementary feeding); Improving maternal health and nutrition; reinforcing WASH within the context of nutrition interventions, social protection systems (cash transfer and others); reinforcing protection systems to reduce high risk behaviour, abuse and exploitation of children and women particularly around migration from rural into urban areas and C4D including care for child development and strengthening psychosocial support.

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

UNICEF role at country level is to:

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

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

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

¹⁴WASH – Water, Sanitation and Hygiene and education

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

The response aim to achieve the following objectives/results:

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

RATIONAL OF THE EVALUATION

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

PURPOSE AND OBJECTIVES

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

More specifically the objectives of the evaluations are:

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

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

SCOPE OF THE EVALUATION AND INTENDED USERS

Scope

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

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

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

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

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

Intended users and use

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

In summary the followings:

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

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

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

EVALUATION CRITERIA AND QUESTIONS

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

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

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

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

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

Efficiency questions

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

Quality questions

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

Coordination questions

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

METHODOLOGY AND APPROACHES

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

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

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

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

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

GOVERNANCE AND MANAGEMENT

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

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

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

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

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

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

Reporting requirements

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

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

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

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

EXPECTED DELIVERABLES

The expected deliverables are described as follows:

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

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

QUALIFICATIONS AND SPECIALIZED KNOWLEDGE/EXPERIENCE REQUIRED

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

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

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

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

MANAGEMENT RESPONSE AND TIMETABLE

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

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

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

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

Principes et approche méthodologique

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

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

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

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

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

Les méthodes peuvent être combinées de différentes façons :

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

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

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

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

Calendrier, équipe et organisation du travail

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

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

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

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

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

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

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

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

Période couverte par l'évaluation

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

La matrice d'évaluation

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

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

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

Questions de l'évaluation

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

- I. Résultats
 1. Efficience
 2. Efficacité
 3. Qualité
 4. Durabilité

- II. Mécanismes de mise en œuvre
 1. Suivi et évaluation
 2. Coordination, intégration et liens intersectoriels

Indicateurs

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

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

Sources d'information

Documents / revue de la littérature

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

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

Examen des données quantitatives secondaires

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

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

Entrevues avec les informateurs clés

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

Le choix des personnes à interviewer sera finalisé dans chaque pays selon le contexte et la disponibilité des intervenants. Une liste générique a été préparée par la mission et envoyée aux différents pays afin que le consultant national, à l'aide du bureau de l'UNICEF, puisse planifier les entretiens et commencer la préparation d'un agenda pour le passage de l'équipe internationale. La liste est accompagnée d'une « Note d'information » : document d'une page qui résume les objectifs de la mission et une courte description des attentes dans le pays.

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

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

Groupes de discussion ("Focus Group")

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

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

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

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

L'observation des sites de la PCIMA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Risques et hypothèses

Phase de démarrage

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

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

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

Rôle et implication des consultants nationaux

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

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

Niger : l'équipe internationale n'a pas participé à son identification et le consultant n'a pas pu participer à la phase de démarrage à Dakar. La non-implication du consultant dans la préparation de la méthodologie constitue un handicap quant à la standardisation/harmonisation des trois études de cas. Pour y pallier, la mission propose que l'un des consultants internationaux arrive au Niger 1 jour avant la date prévue afin de travailler avec le consultant national, notamment sur l'adaptation des instruments de collecte des informations.

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

Disponibilité et qualité des données/informateurs

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

Accessibilité physique et sécuritaire des sites à visiter

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

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

La visite au Niger

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

Résultats attendus de la mission

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

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

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

Matrice de l'évaluation

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

Objectifs de l'évaluation et questions spécifiques			
	Questions spécifiques	Indicateurs quantitatifs et qualitatifs	Sources d'information
1.1.3	Dans quelle mesure les éléments clé du soutien opérationnel fourni par l'UNICEF (planification, RH, financement) ont été efficaces et ont évolué selon les besoins changeants de la population affectée	<ul style="list-style-type: none"> Données utilisées pour la planification et régularité (périodicité) de leur mise à jour Chronologie des événements et de la disponibilité de nouvelles données sur la situation (de septembre 2011 et pendant 2012) et mécanismes d'ajustement appliqués sur les éléments clés de support opérationnel Augmentation du personnel au niveau du bureau régional et des bureaux pays et sous-bureaux (si applicable) Revue budgétaires durant la crise 	<p>Humanitarian Action Update in the Sahel</p> <p>Organigrammes (UNICEF)</p> <p>SitRep</p> <p>Documents CAP et rapports des partenaires</p> <p>Entrevues avec le personnel impliqué dans la préparation de ces différents documents</p>
1.1.4	Dans quelle mesure l'UNICEF a répondu aux besoins en matière de :		
	Assistance technique	<p>Nombre et type d'assistance technique fournie telle que :</p> <ul style="list-style-type: none"> Consultants nationaux ou internationaux recrutés en temps voulu pour répondre à un besoin émergent; Documentation élaborée avec l'appui financier et technique de l'UNICEF (manuels de mise en œuvre, etc.) en réponse à un besoin émergent; Coûts actuels vs prévus Coûts estimatifs de l'assistance technique vs budget exécuté 	
	Supervision	<ul style="list-style-type: none"> Présence d'un calendrier de supervision au niveau du bureau pays (et des sous-bureaux) et raisons pour lesquelles plus ou moins de visites ont été effectuées Nombre annuel de visites de supervision par le personnel de l'UNICEF et type (conjointes, etc.) par rapport à celles prévues (si applicable) Moyens (ou pas) mis à disposition par l'UNICEF pour faciliter les visites de supervision des partenaires 	<p>Rapports d'activités / SitRep UNICEF</p> <p>Entrevues avec le personnel de l'UNICEF et des partenaires de mise en œuvre</p>

Objectifs de l'évaluation et questions spécifiques			
	Questions spécifiques	Indicateurs quantitatifs et qualitatifs	Sources d'information
	Renforcement des capacités des partenaires locaux	<ul style="list-style-type: none"> Lacune(s) d'ordre technique (ou autre) identifiées chez les partenaires de mise en œuvre et mesures prises pour y remédier. Dans l'affirmative : <ul style="list-style-type: none"> Nombre et types de sessions de formation (par type de formation : techniques ou gestion, et par groupes cibles) conduites ou financées par l'UNICEF Nombre de personnel étatique formé à la PCIMA avec le soutien de l'UNICEF¹⁵ 	
	Approvisionnement à tous les niveaux (national, district et communautaire) Intrants fournis par l'UNICEF dans les sites du programme et au niveau de la communauté sont adaptés aux besoins des populations affectées	<ul style="list-style-type: none"> Quantités d'intrants alimentaires et non-alimentaires (tels que balances, ou registres achetés / livrés vs quantités planifiées) Mécanismes d'approvisionnement mis en place (à tous les niveaux) Fréquence et durée des ruptures des intrants alimentaires % du budget total des intrants programmé pour la réponse nutritionnelle Quantités (nombre ou tonnage selon le type d'intrant) et % des intrants reçus qui ont été effectivement distribués aux partenaires et bénéficiaires 	
1.2	Efficacité		
1.2.1	Mesure dans laquelle les résultats obtenus sont satisfaisants au regard des engagements et objectifs fixés dans les stratégies de l'UNICEF au niveau des pays et du bureau régional (principalement pour le groupe 6-59 mois)	Indicateurs de performance de la PCIMA retenus tels que : nombre de nouvelles admissions par rapport aux nombres de cas attendus, taux de guérison (>75%), décès (<10%), abandon (<15%), couverture par rapport aux estimations réalisées (à interpréter avec prudence)	Données quantitatives (de programme / enquêtes / SNIS) recueillies au cours de la période de référence

¹⁵ Dans la mesure où de tels indicateurs sont inclus dans les rapports mensuels ou annuels d'activités

Objectifs de l'évaluation et questions spécifiques			
	Questions spécifiques	Indicateurs quantitatifs et qualitatifs	Sources d'information
1.2.2	Mesure dans laquelle la réponse est ciblée aux zones géographiques / populations les plus touchées, et est sensible au genre	<ul style="list-style-type: none"> Existence d'enquête(s) récentes de sécurité alimentaire et nutrition dans la région sahélienne du pays ayant analysé la problématique et les taux de prévalence par zone géographique/régions administratives ; et/ou Existence d'un système de surveillance alimentaire et nutritionnelle Mesure dans laquelle le ciblage de la réponse s'est basé sur les données précitées et/ou a été guidé par la disponibilité de partenaires de mise en œuvre Méthodes utilisées pour estimer les besoins par région Disponibilité d'une cartographie de la réponse vs cartographie de la prévalence de la malnutrition Disponibilité des données désagrégées par genre 	<p>Rapports d'enquêtes et études réalisées pendant la période de référence</p> <p>Données quantitatives (de programme / enquêtes / SNIS) recueillies au cours de la période de référence</p> <p>Rapports d'activités</p> <p>Documents et cartographie produite par OCHA</p> <p>Entrevues</p>
1.2.3	Conséquences fortuites – positives ou négatives – sur les institutions et populations locales	<ul style="list-style-type: none"> Dépendance des populations aux interventions humanitaires Surcharge de travail au niveau des structures prestataires Appropriation de la part de la communauté des activités de PEC Substitution des services et institutions gouvernementaux (conflits de compétence) Autres aspects rapportés par les différentes parties prenantes interviewées, ou dans des rapports d'évaluations pertinentes conduites en 2012 	<p>Rapports de missions d'évaluations (UNICEF ou autres)</p> <p>Entrevues et focus groups lors de visites de terrain</p>
1.3	Qualité		
1.3.1	Y-a-il un protocole national pour la PCIMA, adhérent aux standards et aux recommandations internationales	<ul style="list-style-type: none"> Protocole national de PCIMA disponible (finalisé et publié) et adhérent aux normes et recommandations internationales Mécanismes de diffusion du protocole Disponibilité du protocole au niveau des structures 	<p>Analyse des protocoles nationaux de PCIMA</p> <p>Entrevues et observations lors des visites terrain</p>

Objectifs de l'évaluation et questions spécifiques			
	Questions spécifiques	Indicateurs quantitatifs et qualitatifs	Sources d'information
		prestataires et autres acteurs	
1.3.2	Dans quelle mesure les prestataires (ou les partenaires opérationnels) adhèrent aux standards nationaux et internationaux ?	<ul style="list-style-type: none"> • Envergure de la concertation (acteurs techniques et de mise en œuvre) lors de la préparation, la validation et la diffusion du protocole • Mécanismes de supervision de l'application du protocole • Observance / respect du protocole dans les sites de PEC visités 	<p>Entrevues avec différents acteurs techniques et de mise en œuvre</p> <p>Rapports des supervisions</p> <p>Entrevus et observations lors des visites terrain</p>
1.3.3	Dans quelle mesure les sites prestataires de services possèdent les ressources matérielles et humaines nécessaires (selon standards) pour offrir des services de qualité	<ul style="list-style-type: none"> • Systèmes mis en place par l'UNICEF pour assurer que tous les centres PCIMA (nouvellement ouverts et anciens) ont les intrants (tels que balances, registres, etc.) nécessaires à la mise en œuvre de la PCIMA • Centres PCIMA visités par la mission qui ont reçu de l'UNICEF tous les intrants nécessaires à la mise en œuvre de la PCIMA. • Nombre de sites de PEC avec au moins une personne formée à la PCIMA • La distribution de tâches entre le personnel par rapport à la PCIMA claire et respectée • Nombre de sites de PEC avec les équipements anthropométriques présents et en bon état • Moyenne du nombre de jours en rupture de stock des ATPE pour les sites avec PEC 	<p>Document protocole national</p> <p>Rapports des visites de supervision</p> <p>Entrevus et observations lors des visites terrain</p>
1.3.4	Dans quelle mesure le continuum de soins nutritionnels (communauté vs structures de santé, PEC ambulatoire vs PEC hospitalière, PEC de la MAS vs PEC de la MAM) proposé par le protocole de la PCIMA intégrée fonctionne	<ul style="list-style-type: none"> • Mécanismes de référence et contre-référence entre les différents niveaux sont en place et performants • Des outils pour l'orientation de cas dépistés dans la communauté vers les structures sanitaires sont disponibles et utilisés • Les seuils pour la référence communautaire et l'admission à la PEC sont alignés • Les critères de sortie « guéri » de la PEC de la MAS et les critères d'admission aux sites MAM sont alignés • Des mécanismes de traçabilité pour les références et 	<p>Document protocole national</p> <p>Entrevus et observations lors des visites terrain</p>

Objectifs de l'évaluation et questions spécifiques			
	Questions spécifiques	Indicateurs quantitatifs et qualitatifs	Sources d'information
		contre – références sont en place (ex. numéro unique)	
1.3.5	Comment les bénéficiaires perçoivent la qualité des services?	<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage d'abandons des programmes (et couverture) • Opinions des bénéficiaires/niveau de satisfaction 	Données quantitatives des programmes Entrevus, focus groups et observations lors des visites terrain
1.4	Durabilité		
1.4.1	<p>Quels sont les progrès réalisés</p> <p>a) au niveau de l'appropriation la PCIMA de la part du gouvernement</p> <p>b) dans l'intégration de la PCIMA dans le système national de soins de santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Présence de documents de politiques et de planification opérationnelle (Plan de Développement Sanitaire / pour la Nutrition, Plan opérationnel) • Contrepartie budgétaire du Gouvernement à la mise en œuvre de la PCIMA • Nombre et % de structures sanitaires avec PCIMA intégrée • Personnel étatique formé et % du budget alloué ?? à la gestion et à la supervision des activités de la PCIMA 	<p>Analyse des documents de politique / stratégies / plans opérationnels du secteur de la santé</p> <p>Entrevues avec le Ministère de la Santé (par exemple, planification, direction générale des activités sanitaires, direction de la santé de la famille, etc.)</p> <p>Entrevus et observations lors des visites terrain</p>
1.4.2	Dans quelle mesure la pérennisation des interventions actuelles est faisable sans le support (technique et financier) de l'UNICEF ou d'autres agences	<p>Capacité financière :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Budget de l'état pour la nutrition : % du budget du développement de la santé alloué à la nutrition • Mécanismes d'accès et mobilisation de ressources au niveau du gouvernement, du ministère de la santé pour la nutrition <p>Capacité technique :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre et profil des professionnels des structures en charge de la nutrition • Prise en charge par le ministère de la santé du personnel formé et actif pendant l'intervention (intégration ou contractualisation) • Appropriation des interventions à tous les niveaux (national, régional, district, communautaire) • Résilience intégrée au programme 	<p>Analyse des documents de politique / stratégies / plans opérationnels du secteur de la santé</p> <p>Entrevues avec le Ministère de la Santé (par exemple, planification, direction générale des activités sanitaires, direction de la santé de la famille, etc.)</p> <p>Entrevus et observations lors des visites terrain</p>

Objectifs de l'évaluation et questions spécifiques			
	Questions spécifiques	Indicateurs quantitatifs et qualitatifs	Sources d'information
1.4.3	Est-ce que les partenaires locaux et les ONG impliquées dans la réponse ont les capacités techniques, financières et institutionnelles pour continuer la mise en œuvre des interventions avec un support externe limité	<ul style="list-style-type: none"> • Diversité des sources de financement • Nombre et % de projets financés par l'UNICEF (ou autre partenaire technique et financier) • Contribution de l'UNICEF au budget des projets ONG pour la PCIMA • Capacité des ONG locales à accéder/mobiliser des fonds • Personnel technique des ONG (terrain, capitale, siège) 	<p>Documents CAP</p> <p>Documents des projets ONG (si disponibles)</p> <p>Entrevus lors des visites terrain</p>
1.4.4	<p>Qu'elles sont les capacités du gouvernement pour la planification, la coordination et le développement des capacités des acteurs sous-nationaux pour la continuation des interventions actuelles ?</p> <p><i>(la même question doit être posée au niveau régional par rapport aux districts, et aux districts par rapport aux structures prestataires et communautaire)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'une structure gouvernementale pour la planification et la coordination de la PCIMA à l'échelle nationale ; et adéquation de ses ressources (humaines et financières) pour effectuer ses activités de planification, coordination et développement des capacités • Adéquation des ressources humaines et financières allouées à la PCIMA aux divers niveaux administratifs (par exemple point focal nutrition affecté à 100% au niveau régional) • Activités de formation (technique et de gestion) menées par le gouvernement pour la PCIMA 	<p>Organigramme du Ministère de la santé et des structures de santé</p> <p>Entrevues et documents</p>

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

Objectifs de l'évaluation et questions spécifiques			
	Questions Spécifiques	Analyse / Indicateurs	Sources D'information
			<p>régional de l'UNICEF</p> <p>Entretiens avec les points focaux/chefs de services d'un échantillon de parties prenantes/intervenants</p> <p>Revue / analyse de rapports conjoints et compte rendu des réunions de concertation / coordination (Cluster ou autre)</p>
3.2	Adéquation de la coordination de la réponse entre l'UNICEF et ses partenaires (gouvernement, ONG internationales et locales, les organisations à base communautaire, communautés)	<ul style="list-style-type: none"> • Calendrier de réunions de concertation/coordination établi et appliqué • Disponibilité de compte-rendu des réunions • Visites de terrain conjointes planifiées / effectuées 	<p>Entrevues avec représentants des parties prenantes</p> <p>Compte-rendu des réunions</p>
3.3	Dans quelle mesure la coordination entre partenaires a eu un effet sur le continuum des soins pour les enfants malnutris (de la MAS à la MAM, des soins ambulatoires aux soins hospitaliers)	<ul style="list-style-type: none"> • Adéquation de la concertation entre l'UNICEF et ses partenaires : approvisionnement intrants, alignement de critères admission – sortie, système de rapportage... 	Entrevues et documents
3.4	Dans quelle mesure l'UNICEF a rempli ses engagements en tant que Coordination de Cluster et Secteur Nutrition	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabilités de l'UNICEF (telles que définies dans les documents globaux de l'approche Cluster) sont comprises/appréciables par les parties prenantes/intervenants • Responsabilités de l'UNICEF (telles que définies dans les documents globaux de l'approche Cluster) sont intégrées dans le plan de travail du point focal nutrition <p><i>A titre d'exemple, ces responsabilités incluraient : a) la coordination (organisation de réunions et/ou autres forums) ; b) l'élaboration d'un plan d'action du Cluster ou autre forme de coordination; c) le développement d'un mécanisme de partage et diffusion de l'information; d) l'initiation d'inventaires des outils et manuels en matière de nutrition en vue de leur harmonisation, etc.</i></p>	<p>Entretien avec le personnel de nutrition de l'UNICEF ainsi que les points focaux nutrition de parties prenantes/ intervenants</p> <p>Analyse des documents du Cluster Nutrition (tel que le Plan d'action et les termes de référence)</p> <p>Plan de travail/cahier des charges du point focal nutrition</p>
3.5	Comment la réponse nutrition a intégré les autres secteurs (EHA, C4D, santé, VIH, éducation, protection, etc.)	Les indicateurs de performance adoptés pour chaque secteur et inclus dans les SitRep seront utilisés	<p>SitRep</p> <p>Entretiens personnes clés UNICEF ; Entrevues et observations lors des visites de terrain</p>

Mission d’Evaluation
de la Réponse à la Crise Nutritionnelle du Sahel –
Instruments de collecte des données

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

Guide d'entretien avec informateurs clés

Notes méthodologiques

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

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

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

SECTION 2 - Efficience

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

SECTION 3 : Efficacité

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

SECTION 4 : QUALITE DES SERVICES

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

SECTION 5 : Coordination

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

SECTION 6 : DURABILITE

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

SECTION 7 : LECONS APPRISES

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

Guide focus group bénéficiaires

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

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

SECTION 1 – PROFIL PARTICIPANTES

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

SECTION 2 – CONNAISSANCES ET PERCEPTION DES CAUSES DE LA MALNUTRITION

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

SECTION 3 – MALNUTRITION / PCIMA

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

SECTION 3 – INTERVENTIONS

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

Grille d'observation des activités de PEC de la MAS

Date de la visite

Nom de la structure

Pays / province ou région / district ou département

Type d'activité :

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

Modalité de mise en œuvre :

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

Site ONG Autre

EQUIPMENT ANTHROPOMETRIQUE

(Nombre, qualité de l'entretien)

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

OBSERVATION DES ACTIVITES

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

LES OUTILS DE SUIVI

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

SUR UN ECHANTILLON DE FICHES DE SUIVI

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

INTRANTS THERAPEUTIQUES ET MEDICAMENTS

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

VOLET COMMUNAUTAIRE

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

DONNEES STATISTIQUES

Total admissions pour le mois précédent:

Nombre de patients en charge au début de ce mois:

Pour le mois précédent

Pourcentage de guéris

G D A

Pourcentage de décès

Pourcentage d'abandons

Total admissions 2012

PERSONNEL ET GESTION DES ACTIVITES

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

Nombre de personnels formés en PCIMA

Quand la formation a été donnée ? Et par qui?

Quand les activités de PEC se réalisent?

Un ou deux jours par semaine O Tous les jours O

Qui en est le responsable?

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

VIH (dépistage, PTME,

Résumé :

POINTS POSITIFS

POINTS NEGATIFS

**Mission d'Evaluation de la réponse
à la crise nutritionnelle du Sahel –
Informations préalables à l'arrivée de la mission**

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

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

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

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

Cluster Nutrition :

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

Documents stratégiques produites par l'UNICEF pour la réponse :

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

Résultats des activités :

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

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

Rapports de missions conjointes de supervision (UNICEF et partenaires)

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

ENTREVUES A ORGANISER

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

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

LOGISTIQUE

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

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

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

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

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

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

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

Membres de la mission :

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