



Evaluation sommative du Programme de Prise en charge de la malnutrition aiguë sévère au Burkina Faso (2015 – 2019) et au Niger (2010 – 2019)

Rapport Régional, Draft 2
26 Janvier 2021

Evaluation commanditée par l'UNICEF, et réalisée par l'équipe d'évaluateurs ci-dessous du Cabinet d'études EVIHDAF :

- **Dr. Camille Eric KOUAM** ; Expert international en nutrition, santé publique et évaluation ; Montréal, Canada ; eckouam@gmail.com
- **Dr. Hedwig DECONINCK** ; Expert international en santé publique, nutrition, évaluation et recherche sur les systèmes de santé, Le Pouget, France ; hedwig.deconinck@gmail.com
- **Dr. Jean Christophe FOTSO** ; Expert international en recherche, suivi et évaluation ; Directeur du cabinet d'études EVIHDAF ; jcfotso@evihdaf.com

De plus, **M^{me} Nadia Téfouet** a participé en tant qu'Assistante de Recherche.

Table des matières

LISTE DES TABLEAUX	4
LISTE DES FIGURES.....	4
LISTE DES ABRÉVIATIONS	5
1. RESUME EXECUTIF	VII
2. CONTEXTE DE L'ÉVALUATION	8
3. OBJET DE L'ÉVALUATION	9
4. BUT DE L'ÉVALUATION	9
5. OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION	10
6. PORTÉE DE L'ÉVALUATION	10
6.1 PORTÉE THÉMATIQUE	10
6.2 PORTÉE GÉOGRAPHIQUE.....	11
6.3 PORTÉE CHRONOLOGIQUE	11
7. CRITÈRES ET QUESTIONS DE L'ÉVALUATION	11
8. MÉTHODOLOGIE.....	14
8.1 APPROCHE D'ÉVALUATION	14
8.2 MÉTHODES ET OUTILS DE COLLECTE DES DONNÉES	14
8.3 STRATÉGIE D'ÉCHANTILLONNAGE	15
8.4 ANALYSE ET ASSURANCE QUALITÉ DES DONNÉES.....	16
8.5 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES ET PRINCIPES DE L'ÉVALUATION.....	17
8.6 LIMITES DE L'ÉVALUATION ET STRATÉGIES D'ATTÉNUATION	18
9. CONSTATS ET CONCLUSIONS PRELIMINAIRES (PAR CRITERE).....	19
9.1. PERTINENCE.....	20
9.1.1. Réponses aux attentes des parties prenantes et aux besoins des populations cibles au fil du temps ...	20
9.1.2. Variations des rôles et responsabilités des partenaires impliqués au fil du temps	21
9.1.3. Conformité de la PCIMAS avec les « Core Commitments for Children in Humanitarian Action » de l'UNICEF, le protocole international et les priorités nationales	23
9.1.4. Conformité à l'intégration du programme PCIMAS aux six piliers du système de santé.....	26
9.1.5. Accès aux connaissances pertinentes et/ou nouvelles évidences et implication dans les innovations ..	27
9.1.6. Conformité du programme au concept de base de la PCIMAS.....	28
9.2. EFFICACITÉ	31
9.2.1. Atteintes des résultats conformes aux protocoles nationaux.....	31
9.2.2. Facteurs contributeurs et inhibiteurs à l'atteinte des objectifs du programme PCIMAS	40
9.2.3. Effets non attendus des interventions de PCIMAS	42
9.2.4. Contribution des campagnes nationales de dépistage	42
9.2.5 Profil des ménages bénéficiant du programme de PCIMAS (au Niger).....	42
9.2.5 Intégration des interventions ANJE dans le programme de PCIMAS (au Niger)	43
9.2.6 Efforts pour contrôler et rationaliser l'utilisation des ATPE (au Niger).....	43
9.2.7 Contribution au renforcement des systèmes (central, régional, district, collectivité locale) (au Niger)	44

9.3.	EFFICIENCE	46
9.3.1.	<i>Suffisance et adéquation des ressources</i>	46
9.3.2.	<i>Variation des stratégies de mise en œuvre au cours du temps</i>	50
9.3.3.	<i>Production des résultats escomptés de façon économique ; Facteurs ayant influencé le rapport coût/efficacité de la mise en œuvre</i>	51
9.3.4.	<i>Gestion des aspects environnementaux (sachets/déchets)</i>	53
9.3.5.	<i>Variation de la gestion globale du programme au fil du temps (au Niger)</i>	54
9.3.6.	<i>Compréhension des mécanismes de prise en charge (au Niger)</i>	54
9.3.7.	<i>Méthodes innovantes ou alternatives (au Niger)</i>	54
9.4.	DURABILITÉ	56
9.4.1.	<i>Appropriation de l'approche et ses acquis</i>	56
9.4.2.	<i>Facteurs ayant influencé l'adhésion et l'adoption de la PCIMAS</i>	58
9.4.3.	<i>Options présentes et futures de la durabilité</i>	59
9.4.4.	<i>Contribution de la PCIMAS à la résilience du système de santé et de la communauté</i>	61
9.5.	DROITS HUMAINS, ÉQUITÉ ET GENRE	63
9.5.1	<i>Prise en compte des droits humains, l'égalité des sexes et l'équité durant la conception, la planification et la mise en œuvre du programme</i>	63
9.5.2	<i>Ciblage des groupes ayant le plus de besoins d'accès au service d'appui nutritionnel</i>	65
9.5.3	<i>Obstacles à l'intégration des droits humains et à l'égalité des sexes et mesures de correction</i>	65
9.5.4	<i>Prise en compte des barrières qui empêchent l'accès des femmes aux services</i>	66
9.5.5	<i>Prise en compte des considérations relatives aux droits humains, l'égalité des sexes et l'équité dans le système de suivi, évaluation et rapportage</i>	67
9.5.6	<i>Influence des relations de genre et d'équité à la suite de l'exposition au programme</i>	67
10.	LECONS APPRISSES.....	69
11.	CONCLUSIONS FINALES	70
12.	RECOMMANDATIONS	71
13.	ANNEXES	74
13.1.	STRUCTURES SANITAIRES VISITÉES LORS DE LA COLLECTE DE DONNÉES AU BURKINA FASO ET AU NIGER.....	74
13.2.	THÉORIE DE CHANGEMENT DU PROGRAMME DE PCIMAS.....	76
13.3.	ANALYSE DES PARTIES PRENANTES	77
13.4.	ANALYSE D'INTÉGRATION	78
13.5.	INNOVATIONS DE LA MALNUTRITION AIGUË EN COURS ET/OU TESTÉES AU BF ET LE NIGER	79
13.6.	MÉTHODOLOGIE DE CALCUL DES COÛTS ET DU RAPPORT COÛT-EFFICACITÉ	84
13.7.	TERMES DE RÉFÉRENCE	86
13.3	PROFIL DES ÉVALUATEURS.....	104
14.	RÉFÉRENCES	105

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Présentation succincte de l'objet de l'évaluation	9
Tableau 2. Les utilisateurs et utilisations de cette évaluation	10
Tableau 3: Nombre total de participants par méthode de collecte de données	15
Tableau 4 : Limites de l'évaluation et stratégies d'atténuation	18
Tableau 5 : Nombre des nouvelles admissions MAS au Burkina Faso et au Niger	33
Tableau 6 : Niveaux d'atteintes des résultats escomptés de la PCIMAS au Burkina Faso (2015-2019) et au Niger (2010–2019)	39
Tableau 7 : Facteurs contributeurs et inhibiteurs à l'atteinte des objectifs du programme PCIMAS	40
Tableau 8 : Coûts investis pour la PCIMAS, en millions de \$ US ; Burkina Faso (2015-2019) et Niger (2015-2019)	47
Tableau 9 : Obstacles aux droits humains, équité, genre, et mesures de corrections prises	65
Tableau 10 : Recommandations Stratégiques	71
Tableau 12 : Pourcentage d'ATPE livré à l'UNICEF, Burkina Faso 2015-2019	84

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : La position de l'appui au programme de PCIMAS des parties prenantes clés au Niger	23
Figure 2 : Cas MAS sans complications attendus versus admis ; Niger (2010-2019) et Burkina Faso (2015-2019)	34
Figure 3 : Cas MAS avec complications attendus versus admis ; Niger (2010-2019) et Burkina Faso (2015-2019)	35
Figure 4 : Tendances des admissions mensuelles des cas de MAS ambulatoire, Burkina Faso (2015-2019), figure à gauche, et Niger (2020-2019), figure à droite	35
Figure 5 : Tendances des admissions mensuelles des cas de MAS en interne, Burkina Faso (2015-2019), figure à gauche, et Niger (2020-2019), figure à droite	36
Figure 6 : Performance de la prise en charge de la MAS sans complications ; Niger (2010-2019) et Burkina Faso (2015-2019)	37
Figure 7 : Performance de la prise en charge de la MAS avec complications ; Niger (2010-2019) et Burkina Faso (2015-2019)	38
Figure 8 : Coûts moyens annuels par centre de coûts, en millions de \$ US ; Niger (2015-2019) et Burkina Faso (2015-2019)	47
Figure 9 : Cas attendus, quantités d'ATPE livrées, et sachets d'ATPE/enfant ; Niger (2010-2019) et Burkina Faso (2015-2019)	48
Figure 10 : Coût par enfant admis et coût par enfant guéri ; Niger (2015-2019) et Burkina Faso (2015-2019)	52
Figure 11 : Coût par enfant guéri, coût par décès évité, et coût par AVCI évitée au Niger (2015–2019) et au Burkina Faso (2015-2019), comparés avec des études similaires	53
Figure 12 : Diagramme de calcul des années de vie corrigés de l'incapacité (AVCI)	85

LISTE DES ABREVIATIONS

ANJE	Alimentation du nourrisson et du jeune enfant
ASBC	Agent de santé à base communautaire
ASC	Agent de santé communautaire
ATPE	Aliments thérapeutiques prêt-à-l'emploi
AVCI	Année de vie corrigée de l'incapacité
AVI	Année de vie avec l'incapacité
AVP	Année de vie perdue
CAD	Comité d'aide au développement
CAMEG	Centrale d'achat de médicaments essentiels génériques
CCC	<i>Core commitments for children in humanitarian action</i>
CHR	Centre hospitalier régional
CHU	Centre hospitalier universitaire
CMA	Centre médical d'arrondissement
CMAM	<i>Community-based Management of Acute Malnutrition</i>
COGES	Comité de gestion
COSAN	Comité de santé
COVID	Coronavirus disease
CPN	Consultation prénatale
CPS	Chimio prévention de paludisme saisonnier
CSI	Centre de santé intégré
CSU	Couverture sanitaire universelle
CRENA	Centre de récupération nutritionnelle en ambulatoire
CRENI	Centre de récupération nutritionnelle en interne
CSPS	Centre de santé et de promotion sociale
DEP	Direction des Études et de la programmation
DHIS2	<i>District Health Information Software2</i>
DN	Direction de la nutrition
DG	Discussion de groupe
DRSP	Direction Régionale de Santé Publique
DS	District de santé
ECD	Equipe cadre de district
ECHO	European Commission Civil Protection and Humanitarian Aid Operations
EI	Entretien individuel
EVIHDAF	<i>Evidence for Sustainable Human Development Systems in Africa</i>
FARN	Foyer d'apprentissage et de réhabilitation nutritionnelle
FCFA	Franc de la Communauté Financière Africaine
GASPA	Groupe d'apprentissage et de soutien aux pratiques optimales pour l'alimentation et la nutrition du jeune enfant
GEROS	<i>Global Evaluation Reports Oversight System</i>
GFF	<i>Global Financing Facility</i>
GNUE/UNEG	Groupe des Nations Unies pour l'évaluation
GRE	Groupe de référence de l'évaluation
GTN	Groupe technique nutrition
GTT	Groupe de travail technique
HC-13N	Haut-Commissariat de l'initiative 3N (les nigériens nourrissent les nigériens)
iCCM	<i>Integrated community case management</i>
ICP	Infirmier chef de poste
INS	Institut national de la statistique

JVA+	Journées vitamine A plus
MAM	Malnutrition aiguë modérée
MAS	Malnutrition aiguë sévère
MCD	Médecin chef de district
MS	Microsoft
MSP	Ministère de la Santé Publique
NU	Nations Unies
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PB	Périmètre brachial (<i>Mid-Upper Arm Circumference, MUAC</i>)
PCA	Prise en charge en ambulatoire
PCI	Prise en charge interne
PCIMA	Prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë
PCIMAM	Prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë modérée
PCIMAS	Prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë sévère
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance
PDS	Plan de développement sanitaire
PEC-C	Prise en charge des cas de maladies de l'enfant dans la communauté
PF Nut	Point focal de nutrition
PFE	Pratiques familiales essentielles
PMA	Paquet minimum d'activités
PMS	Paquet minimum des services
PNSN	Politique nationale de sécurité nutritionnelle
PTF	Partenaires techniques et financiers
RC	Relais communautaires
RSS	Renforcement du système de santé
S3M	Simple, Spatial, Survey Method
SLEAC	<i>Semi-Quantitative Evaluation of Access and Coverage</i> / Évaluation semi-quantitative de l'accessibilité et de couverture
SME	Santé mère et enfant
SQEAC	<i>Simplified Lot Quality Assurance Sampling of Access and Coverage</i> / Évaluation simple de l'accessibilité et de couverture utilisant la méthode statistique d'échantillonnage LQAS (<i>Lot quality assurance sampling</i>)
STA	Société de Transformation Agro-alimentaire
SUN	Mouvement <i>Scaling Up Nutrition</i> / Renforcer la nutrition
TdR	Termes de références
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international
WASH	<i>Water Sanitation and Hygiene</i> / Eau, assainissement et hygiène
WCAR	<i>West and Central Africa Region</i> / Région de l'Afrique de l'Ouest et du Centre
WCARO	<i>West and Central Africa Regional Office</i> / Bureau Régional de l'Afrique de l'Ouest et du Centre
\$ US	Dollar américain

1. RESUME EXECUTIF

Le résumé fera partie de la prochaine version (finale)

2. CONTEXTE DE L'ÉVALUATION

La situation de la malnutrition en Afrique de l'Ouest et du Centre demeure complexe et préoccupante. Au cours des dernières décennies plusieurs pays de la région ont subi une récurrence de perturbations climatiques (mauvaise pluviométrie, sécheresse, inondations, etc.), accentuée par des inégalités sociales et structurelles persistantes qui ont accru la vulnérabilité des populations. Plusieurs autres facteurs contribuent à la malnutrition des enfants de moins de cinq ans dans la région, notamment l'insécurité alimentaire des ménages, les mauvaises pratiques de nutrition et d'alimentation des mères et des nourrissons, les conflits et de la violence armée, les déplacements de population, les taux élevés de maladies infantiles et de maladies d'origine hydrique telles que la diarrhée, la fragilité des systèmes de santé, le manque d'accès à l'eau potable et à l'assainissement, et la pauvreté chronique. En outre, la maladie à coronavirus a exacerbé les contextes fragiles de la région, particulièrement la région du Sahel au Burkina Faso, au Mali, en Mauritanie, au Niger, au Sénégal et au Tchad. Ces pays étaient déjà les plus frappés par l'insécurité alimentaire et la malnutrition.

En 2020, le Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF) et le Programme alimentaire mondial (PAM) alertaient sur l'impact sans précédent de l'insécurité alimentaire et de la COVID-19 sur la malnutrition des enfants de moins de cinq ans dans 19 pays la région, estimant le nombre de cas attendus de malnutrition aiguë de plus de 15 millions, dont un tiers souffrant de sa forme sévère. Ceci représentait une augmentation importante de 20 pour cent par rapport aux estimations précédentes¹.

Pour garantir la survie et le développement à long terme des enfants de la région, il est donc essentiel d'assurer la continuité des services préventifs et vitaux de santé et de nutrition, de mettre en place des systèmes de protection sociale qui répondent aux chocs, protéger les moyens de subsistance et soutenir l'accès des familles à l'eau, à l'hygiène et à une alimentation saine, en plus de limiter la propagation de la pandémie COVID-19².

La Prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë sévère (PCIMAS) est une des interventions utilisées depuis des décennies pour lutter contre la malnutrition aiguë dans plusieurs pays de la région. Elle cible en priorité les enfants de moins de 5 ans qui souffrent de la malnutrition aiguë sévère (MAS), et elle est inscrite dans les politiques et plans nationaux sanitaires et nutritionnels, contribuant ainsi aux objectifs stratégiques de survie et de développement de l'enfant des gouvernements de la région et de l'UNICEF, partenaire clé des Etats dans la lutte contre la malnutrition.

Il convient de souligner que le programme PCIMAS est en pleine évolution dans différents pays de la région, incluant une variété d'interventions spécifiques et sensibles à la nutrition. Cependant, malgré ces avancées, la couverture indirecte du programme reste toujours faible, et les prévalences de malnutrition demeurent élevées et évoluent très lentement dans le temps. Étant donné l'impact de la malnutrition sur la mortalité et le bien-être des enfants, la pérennisation des programmes PCIMAS reste une priorité dans la région. En outre, compte tenu de nombreux défis et face aux financements d'urgences qui vont en s'amenuisant, la PCIMAS doit inévitablement être repensée et restructurée.

Cette évaluation approfondie de la PCIMAS a permis d'identifier les leçons apprises de la mise en œuvre de la PCIMAS ainsi que les orientations nouvelles permettant de repenser la stratégie dans la région, avec des études de cas au Burkina Faso et au Niger. Les composantes évaluées dans les deux pays incluaient le renforcement des capacités pour le dépistage et la prise en charge optimale de la MAS à l'échelle, le

¹ UNICEF. Communiqué de presse. Afrique de l'Ouest et du Centre : Plus de 15 millions de cas de malnutrition aiguë attendus en 2020. Des Agences des Nations Unies alertent sur l'impact sans précédent de l'insécurité alimentaire et de la COVID-19 sur la malnutrition des enfants. 17 juillet 2020. <https://www.unicef.org/wca/fr/communiqu%C3%A9s-de-presse/afrique-de-louest-et-du-centre-plus-de-15-millions-de-cas-de-malnutrition>.

² La pandémie a eu des effets négatifs indirects sur les systèmes alimentaires, les revenus et la sécurité alimentaire des ménages, ainsi que sur la disponibilité et l'accès aux services de traitement contre la malnutrition. Ces mesures ont rendu plus difficile, le maintien d'une alimentation saine des populations, des pratiques optimales d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants, et leur accès aux services de nutrition essentiels est entravé.

renforcement de la coordination, ainsi que de la communication pour le changement de comportements, la participation communautaire et la mobilisation sociale pour l'utilisation accrue des services PCIMAS.

3. OBJET DE L'ÉVALUATION

Cette évaluation a pour objet le programme national de la prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë sévère (PCIMAS) au Burkina Faso de 2015 à 2019, et au Niger de 2010 à 2019 (tableau 1). Toutefois, en plus d'être une consolidation des conclusions des deux rapports d'évaluation, ce rapport, qui est régional dans ses finalités et ambitions, identifie les éléments des deux rapports pays qui sont transférables dans d'autres contextes de la région.

Tableau 1: Présentation succincte de l'objet de l'évaluation

Pays	Burkina Faso	Niger
Titre du projet/programme	Programme national (Stratégie nationale) de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère (PCIMAS) chez les enfants de moins de 5 ans	
Sources de financement / bailleurs	Ministère de la Santé, partenaires financiers et techniques du Ministère de la Santé	Ministère de la Santé Publique, partenaires techniques et financiers du Ministère de la Santé
Budget total	Non-défini	
Durée	01/2015 – 12/2019	01/2010 – 01/2019
Objectif global	Répondre à une situation nutritionnelle précaire et prévenir la morbi-mortalité chez les enfants de moins de 5 ans	
Composantes (axes, effets, produits, etc.)	Renforcer la mise en œuvre du programme de PCIMAS pour assurer des services de qualité, équitables et abordables, offerts à l'échelle <ul style="list-style-type: none"> • Renforcement des capacités des agents de santé, et des ASBC/RC • Renforcement du dépistage de la MAS • Renforcement de la coordination • Renforcement de la communication pour le changement de comportements, de la participation communautaire, de la mobilisation sociale pour l'utilisation accrue des services PCIMAS 	
Bénéficiaires attendus	1. Prestataires des services à différents niveaux (national, régional, district, communes, villages) 2. Enfants de moins de 5 ans et leurs parents et/ou accompagnants 3. Membres des communautés vulnérables	1. Acteurs de santé à différents niveaux (national, régional, district, communes, villages) 2. Prestataires de services 3. Enfants de moins de 5 ans et leurs parents et/ou accompagnant(e)(s) 4. Membres des communautés vulnérables
Partenaires (institutionnels, de mise en œuvre)	Le gouvernement du Burkina Faso et les multiples partenaires techniques et financiers	Le gouvernement du Niger et les multiples partenaires techniques et financiers

4. BUT DE L'ÉVALUATION

D'après les termes de références (TdR) (annexe 7), cette évaluation a deux principaux buts :

- **La redevabilité** : l'évaluation rend compte des résultats (prévus ou non) qui ont été atteints par le programme de PCIMAS, auprès des bailleurs (redevabilité verticale) ainsi que des bénéficiaires attendus des activités de PCIMAS sur le terrain et d'autres parties prenantes (redevabilité horizontale) ; et
- **L'apprentissage organisationnel** : l'évaluation permet de (i) repenser et de réorienter le programme de PCIMAS au niveau national et régional (à partir d'expériences de plusieurs pays de la région, y compris le

Burkina Faso et le Niger) ; et (ii) recentrer les interventions dans le cycle actuel et guider la préparation des prochains cycles de programmation dans la région de l’Afrique de l’Ouest et du Centre (WCAR)

Le tableau 2 liste les utilisateurs prévus de cette évaluation régionale et décrit comment nous estimons qu'ils utiliseront les résultats de cette évaluation du programme de PCIMAS.

Tableau 2. Les utilisateurs et utilisations de cette évaluation

Utilisateurs de l'évaluation	Utilisations de l'évaluation
UNICEF	<p><i>Bureau régional de l'UNICEF</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifier les bonnes pratiques en matière de PCIMAS à répliquer dans le reste de la région de l’Afrique de l’Ouest et du Centre. <p><i>Bureaux Pays de l'UNICEF</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Guider les ajustements nécessaires au programme de coopération UNICEF-Gouvernement et guider la vision stratégique concernant la question critique de la malnutrition aiguë dans les pays de la sous-région
Ministères de la santé publique (MSP) dans la région de l’Afrique de l’Ouest et du Centre	<p><i>Directions de la nutrition (DN) et les autres directions pertinentes de l'organisation des soins, de la promotion de la santé, de la santé de la mère et de l'enfant</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Susciter une réflexion profonde avec les acteurs autour de l'évaluation des stratégies de PCIMAS et décider les adaptations. • Guider la mise en œuvre des ajustements nécessaires identifiés et de la vision stratégique de PCIMAS auprès des niveaux décentralisés/déconcentrés (leadership basé sur les connaissances).
Partenaires techniques et financiers (PTF) dans la région de l’Afrique de l’Ouest et du Centre	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier les bonnes pratiques en matière de PCIMAS à répliquer dans le reste de la région de l’Afrique de l’Ouest et du Centre si pertinent. • Assurer l'appropriation des résultats de l'évaluation par les parties nationales et régionales concernées.
Partenaires de mise en œuvre (<i>ONG et membres des Clusters et Groupes techniques de nutrition</i>) dans la région de l’Afrique de l’Ouest et du Centre	<ul style="list-style-type: none"> • Intégrer les bonnes pratiques identifiées par cette évaluation dans la mise en œuvre de leurs interventions dans le cadre du programme PCIMAS. • Appuyer la mise en œuvre des ajustements nécessaires et vision stratégique identifiés.

5. OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION

D’après les TdR, les objectifs de cette évaluation sont les suivants :

- Vérifier les acquis, y compris les défis de couverture et les goulots majeurs levés ou non levés ;
- Identifier les leçons apprises au niveau stratégique et opérationnel ;
- Identifier les bonnes pratiques en matière d’approches innovantes utilisées avec améliorations progressives au cours de la période de mise en œuvre du programme ; et
- Fournir des recommandations stratégiques et opérationnelles pour le renforcement des résultats dans le futur.

6. PORTEE DE L'ÉVALUATION

Cette évaluation a eu une portée à la fois thématique, géographique et chronologique.

6.1 Portée thématique

L'évaluation s’est focalisée sur la mise en œuvre du programme national de PCIMAS, mais a aussi pris en compte ses interactions avec les autres interventions spécifiques et sensibles à la nutrition.

6.2 Portée géographique

La revue documentaire a couvert l'ensemble des actions mises en œuvre dans toutes les structures sanitaires et communautés au Burkina Faso et au Niger ainsi que dans le reste de la région. Pour les visites de terrain au Burkina Faso, l'évaluation a été menée dans 6 régions sur les 13 que comptent le pays. Au Niger, elle s'est déroulée dans cinq régions qui ont une densité de population importante et la charge de malnutrition aiguë plus élevée. Le nombre de districts et structures sanitaires visitées pour la collecte de données dans les différentes régions de chaque pays se trouve en annexe 1.

6.3 Portée chronologique

Au Burkina Faso, la PCIMAS est à l'échelle depuis 2015, le Protocole en vigueur a été révisé en 2014 et est utilisé depuis 2015. L'évaluation a donc couvert les activités de la PCIMAS mises en œuvre entre juin 2015 et juin 2019. Tandis qu'au Niger, l'évaluation a couvert la mise en œuvre de la PCIMAS au cours des dix dernières années, soit la période de janvier 2010 à décembre 2019.

7. CRITÈRES ET QUESTIONS DE L'ÉVALUATION

Afin d'atteindre ses deux buts (la redevabilité et l'apprentissage organisationnel) et de répondre aux questions d'évaluation spécifiées dans les TdR, l'évaluation a été guidée par cinq critères standards préconisés par le Comité d'aide au développement (CAD) de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE)¹ et le Groupe des Nations Unies pour l'évaluation (GNUE/UNEG)², ainsi que la Politique révisée de l'évaluation de l'UNICEF³: *la pertinence, l'efficacité, l'efficience, la durabilité et le genre, équité et droits humains*⁴.

Les questions incluses dans les TdR ont été revues et complétées par des sous-questions développées par l'équipe d'évaluation à la suite de la revue documentaire et des échanges préliminaires avec les Bureaux pays et le Bureau régional de l'UNICEF durant la phase de démarrage. Ce processus a permis de rajouter quatre questions au Burkina Faso sous les critères de pertinence, d'efficience et de durabilité ; et six questions au Niger sous les critères de pertinence, de durabilité et d'équité. La totalité des questions est de 25 au Burkina Faso et 32 au Niger.

En se basant sur les TdR, l'utilisation de chacun de ces critères a été orientée vers la production de preuves tangibles permettant de i) guider les réflexions sur la mise à l'échelle des interventions sur le terrain et leur utilisation dans d'autres contextes ; ii) affiner la méthodologie de mise en œuvre de l'approche PCIMAS (y compris l'intégration de la PCIMAS dans le paquet minimum des services (PMS) des soins de santé primaire (communautaire inclus) et secondaire pour assurer un continuum de soins du couple mère -enfant ; iii) guider les réflexions sur les orientations stratégiques ; et iv) ajuster les mécanismes des activités/composantes du programme pour les rendre plus performantes⁵.

Les TdR ont énuméré les questions à considérer sous chaque critère d'évaluation au Burkina Faso (2015–2019) et au Niger (2010–2019). Ces critères et questions, légèrement adaptés aux deux pays, sont les suivants :

Pertinence

Questions communes aux deux pays :

- Dans quelle mesure les stratégies du programme ont répondu aux attentes des parties prenantes et aux besoins des populations cibles au fil du temps ?
- Dans quelle mesure les rôles et responsabilités des partenaires impliqués ont répondu aux attentes des parties prenantes et aux besoins des populations cibles au fil du temps ?
- Dans quelle mesure les interventions sur le terrain sont alignées avec les *Core Commitments for Children in Humanitarian Action* (CCC) de l'UNICEF, le protocole international en matière de nutrition, (tant pour la réponse aux urgences qu'en contexte de développement), et les priorités nationales ?

- Dans quelle mesure l'intégration du programme PCIMAS est conforme aux six piliers du système de santé ? Quels sont les défis de cette intégration ?
- Dans quelle mesure les parties prenantes ont accès aux connaissances pertinentes et/ou nouvelles évidences ou sont impliquées dans les innovations ?

Questions spécifiques pour le Niger :

- Dans quelle mesure le programme du Niger est conforme au concept de base de la PCIMAS (incluant un volet « mobilisation et participation communautaire », un volet « prise en charge de la malnutrition aiguë modérée (PCIMAM) », un volet « prise en charge de la MAS (PCIMAS) » sans complication et avec complications médicales et un volet lié aux interactions avec les autres secteurs) ?
- Dans quelle mesure le programme PCIMAS est en adéquation avec les politiques nationales en matière de santé mère et enfant ?

Efficacité

Questions communes aux deux pays :

- Dans quelle mesure les interventions ont produit les résultats escomptés conformément aux plans du Bureau UNICEF pays et du Bureau régional de l'UNICEF ?
- Quels sont les facteurs (internes et en dehors de l'UNICEF) qui ont contribué à l'atteinte des objectifs des interventions y compris la composante de renforcement des capacités ?
- Quels sont les facteurs (internes et en dehors de l'UNICEF) qui ont empêché l'atteinte des objectifs des interventions y compris la composante de renforcement des capacités ? Quelles mesures correctrices, s'il y en avait, ont été adoptées pour mitiger les défis rencontrés ?
- Quels sont les effets non attendus (positifs ou négatifs) des interventions sur le terrain ?

Questions spécifiques pour le Burkina Faso :

- Quel est l'apport des ASBC à travers la plateforme communautaire, dans le dépistage et le référencement des enfants malnutris aigus ?
- En quoi les campagnes nationales de dépistage de la malnutrition aiguë contribuent à l'amélioration de la couverture du programme PCIMA ?

Questions spécifiques pour le Niger :

- Quel est le profil des ménages bénéficiant du programme de PCIMAS dans les CRENAS et les CRENI ?
- Dans quelle mesure les interventions d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) étaient-elles intégrées dans le programme PCIMAS et les résultats associés ?
- Dans quelle mesure les efforts actuels/passés sont-ils efficaces pour contrôler et dissuader l'utilisation abusive des aliments thérapeutiques prêt-à-l'emploi (ATPE) ?
- Dans quelle mesure le programme a-t-il contribué au renforcement des systèmes (national et déconcentré) ?

Efficience

Questions communes aux deux pays :

- Pour chacun des domaines d'intervention du programme, dans quelle mesure les ressources financières, humaines et les biens ont été : suffisants (en termes de quantité) par rapport aux besoins identifiés et aux résultats escomptés, adéquats (en termes de qualité) par rapport aux résultats escomptés ? Dans quelle mesure les services délivrés atteignent les standards de qualité et quels sont les facteurs qui ont contribué à l'atteinte de ces standards (ou la non atteinte). Dans quelle mesure ces services ont-ils été déployés à temps ?
- Dans quelle mesure les stratégies de mise en œuvre du projet ont varié avec le temps ?
- Quels sont les principaux facteurs ayant influencé le rapport coût/efficacité de la mise en œuvre ?

Questions spécifiques pour le Burkina Faso :

- Dans quelle mesure chaque domaine d'intervention a produit ou est en train de produire les résultats escomptés de façon économique (conversion des ressources en extrants et des extrants en changements/effets) et dans le temps ?

Questions spécifiques pour le Niger :

- Dans quelle mesure la gestion globale du programme a-t-elle évolué au fil du temps ?
- Dans quelle mesure les mécanismes de prise en charge, y compris le rôle et les responsabilités des divers membres du personnel et des intervenants, sont-ils bien compris et mis en œuvre ?
- Dans quelle mesure des méthodes innovantes ou alternatives pour la mise en œuvre du programme national de PCIMAS sont-elles explorées ou exploitées pour réduire les coûts et/ou maximiser les résultats ?

Durabilité :

Questions communes aux deux pays :

- Dans quelle mesure les communautés bénéficiaires et les partenaires institutionnels se sont appropriés l'approche et ses acquis ? Comment est-ce que telle appropriation (le cas échéant) par le gouvernement du programme PCIMAS a-t-elle évoluée dans le temps ?
- Quels sont les principaux facteurs ayant influencé l'adhésion des bénéficiaires et autres parties prenantes à l'adoption de l'approche ?
- Quelles sont, selon les différentes parties prenantes les options présentes et futures – incluant les stratégies de désengagement des ONG/financements humanitaires, qui permettront d'assurer la pérennité du programme PCIMAS ?
- Dans quelle mesure la mise en œuvre de la PCIMAS a-t-elle contribué à la résilience du système de santé et de la communauté ?

Droits humains, genre et équité :

Questions communes aux deux pays :

- Dans quelle mesure les interventions prennent en compte systématiquement les considérations relatives aux droits humains, à l'égalité des sexes et à l'équité lors de leur : conception, planification et mise en œuvre ?
- Dans quelle mesure les interventions ont permis de s'adresser aux groupes avec le plus de besoins d'accès au service d'appui nutritionnel ?
- S'il y a eu des obstacles d'ordre politique, pratique ou administratif à l'intégration efficace des droits humains et de l'égalité des sexes lors de la mise en œuvre de l'intervention, quel a été le niveau d'efforts déployés afin de surmonter ces difficultés ?
- Dans quelle mesure le programme adresse les barrières qui empêchent l'accès des femmes aux services fournis par les prestataires de service des deux programmes de prise en charge ?
- Dans quelle mesure le système de suivi, évaluation et rapportage prend-il en compte les considérations relatives aux droits humains, à l'égalité des sexes et à l'équité ?
- En quoi la mise en œuvre du programme PCIMAS a-t-elle le potentiel d'influencer positivement les relations de genre et d'équité ?

8. MÉTHODOLOGIE

8.1 Approche d'évaluation

L'évaluation a adopté une approche participative pour analyser la complexité du programme de PCIMAS dans la région, à partir de l'expérience du Burkina Faso et du Niger. L'évaluation a suivi une approche basée sur la Théorie (« theory-based design » en anglais) avec l'emploi simultané des méthodes qualitatives et quantitatives (méthodes mixtes) et elle a été guidée par cinq critères d'évaluation : 4 de l'OCDE/DAC (la pertinence, l'efficacité, l'efficience, et la durabilité) et un supplémentaire, portant sur, les droits humains, l'équité et le genre. Une théorie d'action et une théorie de changement (voir annexe 2) ont été ébauchées par l'équipe d'évaluation et ont contribué, en plus de l'ensemble des questions d'évaluation, à développer la matrice d'évaluation qui présente les questions et sous-questions sous chaque critère, les indicateurs, les sources d'information et techniques de collecte, ainsi que les approches d'analyses qui ont été utilisées. La matrice a également orienté le développement des outils de collecte de données.

8.2 Méthodes et outils de collecte des données

En plus de la revue documentaire et l'analyse de données quantitatives secondaires, trois méthodes ont été utilisées pour la collecte de données primaires, à savoir : i) des entretiens individuels (EI) semi-structurés avec des informateurs clés ; ii) des discussions de groupe (DG) ; et iii) l'observation directe des opérations de PCIMAS. Ces différentes techniques sont complémentaires en ce sens que l'examen des documents mis à disposition par l'UNICEF et les autres parties prenantes a facilité la compréhension du contexte programmatique et l'identification d'indicateurs nécessaires pour évaluer les résultats et effets du programme. Les entretiens individuels ont permis de comprendre les expériences et perspectives des participants par rapport aux différentes activités du programme tandis que les discussions de groupe ont permis d'obtenir la perception des relais communautaires ou ASBC, des leaders communautaires et des bénéficiaires (parents et accompagnants d'enfants de moins de 5 ans). Les observations directes quant à elles ont été utiles pour comprendre le fonctionnement des de la PCIMAS au niveau des structures sanitaires. Les données ont été collectées au niveau national, régional, district et communautaire.

La conduite des entretiens à distance avec les parties prenantes au niveau national et régional s'est déroulée de mi-juillet à mi-septembre 2020 dans les deux pays, tandis que la collecte des données dans les districts et communes s'est déroulée du 21 août au 1^{er} septembre 2020 au Burkina Faso et du 21 août au 2 septembre 2020 au Niger. Les outils de collecte de données tels que les guides d'entretiens individuels et de discussions de groupe et une grille d'observation directe ont été développés.

Pour la collecte de données, des enquêteurs expérimentés ont été recrutés et préalablement formés sur les méthodes et techniques de collecte des données, ainsi que sur le respect des normes éthiques. Les mots et termes clés des outils de collecte ont été traduits en différentes langues locales de chacun des pays, puis ont été prétestés et affinés afin de s'assurer de la fidélité des données collectées. Les entretiens individuels et les discussions de groupe ont été enregistrés, sous condition de consentement obtenu. Aux niveaux national et régional 22 EI ont été conduits au Burkina Faso, et 34 au Niger. Au niveau des Districts de Santé, 48 EI, 29 DG et 36 observations directes ont été conduits au Burkina Faso contre 44 EI, 22 DG et 21 observations directes au Niger. Le tableau 3 présente un récapitulatif des activités effectuées à chaque niveau de la collecte des données dans les deux pays.

Définition des critères utilisés dans cette évaluation

Pertinence : Mesure dans laquelle les objectifs et la conception de l'intervention correspondent aux besoins, aux politiques et aux priorités des bénéficiaires, du pays, de la communauté internationale et des partenaires/institutions, et demeurent pertinents, même si le contexte évolue.

Efficacité : Mesure dans laquelle les objectifs et les résultats de l'intervention ont été atteints, ou sont en train de l'être.

Efficience : Mesure dans laquelle l'intervention produit, ou est susceptible de produire, des résultats de façon économique et dans les temps.

Durabilité : Mesure selon laquelle les bénéfices nets de l'intervention perdureront ou sont susceptibles de perdurer.

Genre, équité et droits humains : Mesure dans laquelle les populations les plus vulnérables ont accès aux services de manière équitable (sans discrimination liée au sexe, l'ethnie, la distance, le niveau socio-économique, etc.).

Source : OCDE/CAD, 2019¹.

8.3 Stratégie d'échantillonnage

Comme indiqué précédemment, l'équipe d'évaluation a conduit la collecte de données sur le terrain dans six régions au Burkina Faso et cinq régions au Niger, dans lesquels les Hôpitaux offrent les services traitement hospitalier de la MAS avec complications médicales, tandis que les centres de santé offrent les services de traitement ambulatoire de la MAS sans complications médicales. Afin d'apprécier l'influence du contexte sur la mise en œuvre du programme, deux districts ont été sélectionnés par région (un district en contexte de réponse aux urgences et un district en contexte stable ou de développement) dans chacun des pays, pour un total de 12 districts au Burkina Faso et de 10 districts au Niger. Les activités de PCIMAS étant déployées dans les structures sanitaires qui desservent les communautés vivantes dans leurs zones de couverture, ces structures constituaient la principale porte d'entrée non seulement pour accéder aux données supplémentaires, mais aussi pour observer le déroulement des activités (observation directe), et discuter avec les parties prenantes clés.

Étant donné le nombre important de sites PCIMAS dans les régions visitées de chaque pays, l'équipe d'évaluation a utilisé plusieurs critères pour, non seulement déterminer les sites d'intervention à inclure dans l'échantillon (échantillonnage raisonné)^{6,7} mais aussi atteindre le point de saturation de l'information (redondance dans les informations collectées pour une question donnée) dans le temps alloué aux visites de terrain⁸. Tels critères, identifiés sur la base des objectifs de l'évaluation ainsi que des premiers constats ayant émergé lors de la revue documentaire et des échanges avec les équipes des Bureaux Pays de l'UNICEF, incluent les suivantes : type de contexte (district en contexte d'urgence³ ou en contexte stable) ; niveau d'admissions de cas de MAS (districts avec une admission d'un nombre élevé de cas de MAS ou non⁴) ; niveau d'intégration MAM/MAS (prestation des services de MAM et de MAS ou des services de MAM sans MAS (continuum des soins) ; niveau de complémentarité avec d'autres activités (l'existence de services MAS avec ou sans interventions d'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE)/1000 jours/WASH, la performance (guérison, décès ou abandon) ; la disponibilité des intrants, et la situation de la supervision par l'équipe cadre de district (ECD) (régulière ou rare). En tenant compte de ces critères, l'équipe d'évaluation a sélectionné trois formations sanitaires dans chaque district, dont une offrant les services de traitement hospitalier et deux offrant les services de traitement ambulatoire. La répartition des districts et structures sanitaires sélectionnés pour la collecte des données de terrain dans les deux pays est présentée en annexe 1.

Trois guides d'entretiens individuels ont été développés. Le premier guide s'adressait aux responsables interviewés aux niveau national et régional. Le deuxième guide a été développé à l'attention des agents de santé rencontrés dans les structures sanitaires (hôpitaux et CSPS/CSI), et le troisième guide d'entretiens individuels était destiné aux mères/accompagnant(e)s d'enfants de moins de 5 ans à la structure sanitaire. En outre, un guide de discussion de groupes a été développé à l'attention de chacune des quatre catégories de participants suivante : (1) mères d'enfants de moins de cinq ans (MAS et non-MAS) ; (b) pères d'enfants de moins de cinq ans (MAS et non-MAS) ; (c) ASBC/RC et (d) leaders communautaires. Chaque guide d'entretiens individuels et le guide de discussions était structuré en fonction des critères d'évaluation.

Une grille d'observation a été également développée avec un focus sur six principales cibles : (a) les équipements et matériaux, (b) l'évaluation et la classification de l'état nutritionnel des enfants, (c) les plans de traitement nutritionnel et médical, (d) la gestion des stocks, (e) la gestion des informations et tenue des registres, et (f) la gestion du personnel.

Tableau 3: Nombre total de participants par méthode de collecte de données

³ Contexte d'urgence : insécurité et/ou populations déplacées.

⁴ Admission des MAS : L'équipe d'évaluation a fait un cumul des 5 ans des nouveaux cas de MAS admis (ambulatoire et interne) par district, et a calculé la moyenne. Les districts ayant un nombre d'admissions inférieur à la moyenne ont été classés "Faible" et ceux avec un nombre d'admissions supérieur à la moyenne ont été classés "Élevé".

Outils de collecte de données	Méthode d'échantillonnage	Nombre Total		Femmes		Hommes	
		BF Burkina Faso	Niger	Burkina Faso	Niger	Burkina Faso	Niger
Entretien individuel au niveau national et régional	<i>Non-probabiliste</i>	23	34	6	15	17	19
Entretien individuel au niveau du district sanitaire	<i>Non-probabiliste</i>	48	37	18	16	30	21
Entretien individuel avec les mères d'enfants	<i>Non-probabiliste</i>	13	7	13	7	0	0
Discussions de groupe avec les RC/ASBC	<i>Non-probabiliste</i>	7 groupes (3-11 personnes)	5 groupes (24 personnes)	20	16	24	8
Discussions de groupe avec les pères et mères d'enfants (0-5 ans)	<i>Non-probabiliste</i>	17 groupes (4-12 personnes)	12 groupes (89 personnes)	65	57	38	32
Discussions de groupe avec les leaders communautaires	<i>Non-probabiliste</i>	5 groupes (3-8 personnes)	5 groupes (60 personnes)	4	17	37	43
Observations	<i>Non-probabiliste</i>	36	21	/	/	/	/

8.4 Analyse et assurance qualité des données

Une approche mixte d'analyse des données quantitatives et qualitatives a été employée, de même que la triangulation des informations pour comparer les données obtenues de différentes méthodes et sources. Pour chaque résultat, au moins trois sources de données (et trois méthodes autant que possible) ont été utilisées afin de s'assurer de l'objectivité, la cohérence et la fiabilité des informations collectées. L'équipe s'est assurée à chaque étape que l'analyse soit de haute qualité, basée sur des évidences et les normes et standards internationaux d'évaluation (OCDE, GNUE)^{1,2}. Autant que possible, les analyses ont été désagrégées selon le sexe, les groupes d'âge et la localité géographique. La période de référence pour l'analyse était les cinq dernières années (janvier 2015 à juin 2019) pour le Burkina Faso, et les dix dernières années (janvier 2010 à décembre 2019) pour le Niger. Les analyses ont pris en compte chaque critère d'évaluation et les indicateurs correspondants. Les méthodes de l'analyse des parties prenantes et du niveau de l'intégration de la PCIMAS dans le système de santé sont présentées en annexe 3 et annexe 4.

Les données quantitatives et qualitatives secondaires ont été analysées grâce au logiciel Microsoft (MS) Excel. Les données qualitatives ont été transcrites, condensées et analysées avec les logiciels MS Word, Excel et N-Vivo. Les résultats provisoires de l'évaluation ont été présentés au Groupe de référence de l'évaluation (GRE) de chaque pays, et les commentaires itératifs entre l'équipe d'évaluation, l'UNICEF et le GRE ont permis de générer une compréhension commune des conclusions et des recommandations.

L'équipe d'évaluation s'est aussi référée aux normes et standards de qualité du *Global Evaluation Reports Oversight System* (GEROS) de l'UNICEF et du GNUE (2016), ainsi qu'aux normes établies par le CAD de l'OCDE pour développer sa propre politique d'assurance qualité (2019), appliquée à travers tout le processus de cette évaluation. Il s'agit en premier lieu de la sélection des consultants les mieux qualifiés pour effectuer ce travail et secondairement, l'application au cours de cette évaluation des mesures suivantes : i) l'identification des enquêteurs par leur réussite au test de sélection ; ii) des outils de collecte des données prétestés et finalisés en intégrant les résultats du pré-test ; iii) la participation totale des parties prenantes en veillant sur l'opportunité d'apprentissage de l'évaluation par les parties prenantes ; iv) la prise en compte des questions d'équité et de genre et des opinions des parties prenantes de la manière la plus claire et la plus précise possible ; v) la triangulation et l'incorporation d'une large variété d'opinions ; et enfin, vi) les outils d'évaluation et d'analyse des questions de genre et d'équité sont intégrés tout au long des phases et de la production des documents et rapports. En termes de processus, la politique interne d'assurance de qualité a été suivie par le chef d'équipe, qui s'est assuré que la méthodologie soit respectée et que les livrables soient produits dans le temps malgré les contraintes liées à la survenue de la pandémie de la COVID-19.

8.5 Considérations éthiques et principes de l'évaluation

Le code de conduite, le guide d'éthique, les directives, normes et standards du Groupe d'évaluation des NU (UNEG)^{2,9} ont été appliqués tout au long du processus. L'équipe d'évaluation a veillé au respect des obligations définies dans le code de conduite de l'évaluation dans le système des NU, notamment en ce qui concerne l'indépendance, l'impartialité, la transparence, la divulgation, l'éthique, la crédibilité, l'utilité et les conflits d'intérêt^{2,9} :

- **Indépendance** : le jugement, les conclusions et recommandations formulées dans cette évaluation découlent des évidences obtenues de l'analyse des données et de la triangulation. L'équipe d'évaluation a établi les constats en toute indépendance, sans se laisser influencer par une quelconque partie (Bureaux Pays UNICEF, Bureau Régional UNICEF, GRE et autres parties prenantes clés de l'évaluation).
- **Impartialité** : l'équipe d'évaluation a fait preuve d'impartialité durant tout le processus de l'évaluation. Les forces et les faiblesses du programme PCIMAS ont été évaluées de manière équilibrée. Aucune composante du programme ou partie prenante n'a été favorisée aux dépens des autres.
- **Transparence** : l'équipe d'évaluation a communiqué de manière claire aux intervenants et parties prenantes l'objet de l'évaluation, les critères appliqués et l'utilisation prévue des résultats. La participation à l'évaluation s'est faite à l'issue d'un consentement éclairé, et l'équipe a pris en compte le point de vue de toutes les parties prenantes durant tout le processus de l'évaluation.
- **Divulgation** : Les résultats préliminaires de l'évaluation ont été présentés via une rencontre zoom pour chacun des pays, à l'issue de la collecte des données de terrain. Les résultats finaux de l'évaluation ont été présentés par l'équipe d'évaluation durant une téléconférence de validation. Une fois validé, le rapport final d'évaluation a été soumis à l'UNICEF pour divulgation dans toutes les plateformes officielles de partage de connaissances établies.
- **Éthique** : l'équipe a réalisé l'évaluation selon les exigences les plus strictes en matière d'intégrité et dans le respect des croyances et des coutumes du Burkina Faso et du Niger, le respect des droits de l'homme et de l'égalité des sexes, et conformément au principe « ne pas nuire ». La méthodologie et les outils d'évaluation ont été développés selon les standards d'éthiques de l'UNICEF en matière de recherche, d'évaluation, de collecte de données et d'analyse¹⁰. Dans le cadre de cette procédure, les principes et les exigences en matière de production de preuves sont appliqués à quatre questions éthiques fondamentales, à savoir : *les préjudices et les avantages, le consentement éclairé, la protection des renseignements personnels et la confidentialité*, ainsi que *l'indemnisation ou paiement*.
- **Utilité** : les constats des analyses, les conclusions et les recommandations ont été formulés de manière à orienter les décisions et les actions à entreprendre par les gouvernements, les bailleurs de fonds, l'UNICEF et autres agences des NU, les ONG, et les bénéficiaires du programme de PCIMAS afin d'assurer l'utilité de l'évaluation.
- **Conflits d'intérêt** : le cabinet EVIHDFAF et son équipe d'évaluateurs n'avaient aucun conflit d'intérêt avec les parties prenantes de cette évaluation (voir les obligations de l'évaluateur ci-dessous).

Les membres de l'équipe et les enquêteurs ont été formés sur la prise en considération de ces principes et des aspects culturels lors des entretiens individuels et les discussions de groupe pendant la collecte de données sur le terrain. Le consentement éclairé verbal (avec empreinte digitale pour les personnes illettrées) ou écrit des participants aux entretiens individuels et aux discussions de groupe a été requis. Ils étaient informés du caractère volontaire de leur participation et, leur décision, que ce soit un accord, un désaccord ou la réticence à participer, a été respectée. Les membres de l'équipe qui ont conduit les entretiens individuels et l'animation des discussions de groupes ont été briefés sur l'importance de la confidentialité des données rapportées et l'anonymat. La mise en œuvre de toutes les activités de collecte des données pour cette évaluation a été autorisée par des lettres d'information préalable des parties pérennantes et des sites visités.

Les obligations de l'équipe d'évaluation. Les consultants indépendants sont liés par le code de conduite de l'UNEG pour garantir l'indépendance, l'impartialité, la confidentialité, l'intégrité et la transparence pendant l'évaluation ; et par la procédure de l'UNICEF pour les normes éthiques dans la recherche, l'évaluation, collecte et analyse des données^{2,11} ; et ainsi, par les orientations de l'UNEG sur l'intégration des droits de l'homme et

de l'enfants et l'égalité du genre dans les évaluations⁴. En tant que consultants indépendants, les évaluateurs n'ont eu aucun conflit d'intérêt avec les parties prenantes du programme de PCIMAS dans chacun des pays. La sélection des consultants et enquêteurs nationaux a pris en compte le potentiel conflit d'intérêt qui pourrait exister en raison de leur lien avec les parties prenantes du programme de PCIMAS, ou en assurant la liaison et le soutien logistique, ou encore en tant qu'intermédiaires entre l'évaluateur international et les parties prenantes (y compris les bénéficiaires). La sélection rigoureuse des candidats qui se présentaient pour les postes de l'évaluation étaient une mesure préalable qui a examiné leur curriculum vitae et leurs antécédents professionnels et personnels de manière approfondie et selon les normes prescrites.

8.6 Limites de l'évaluation et stratégies d'atténuation

Tableau 4 : Limites de l'évaluation et stratégies d'atténuation

Limites de l'évaluation	Stratégies d'atténuation
<p>Adaptation au contexte de COVID-19. La survenue pendant l'évaluation de la maladie à COVID-19 a entraîné une révision de la méthodologie de collecte des données primaires dans les deux pays. En effet compte tenu de la fermeture des frontières et des restrictions sur les regroupements d'individus, il n'a pas été possible pour les consultants internationaux de se rendre au Burkina Faso et au Niger pour la collecte de données. Ainsi les entretiens individuels avec les parties prenantes qui étaient prévues se tenir en présentiel ont été réalisés à distance via Skype ou Zoom. Cette technique a été sujette aux aléas de la communication à distance et de disponibilité de certains répondants ; certains répondants n'ont pu être interviewés.</p>	<p>Recrutement d'un deuxième consultant national pour appuyer la collecte des données ; réalisation des entretiens à distance par les consultants internationaux.</p> <p>La triangulation des données obtenues par les autres techniques de collecte de données a également permis de mitiger les conséquences des entretiens individuels non réalisés en présentiel.</p>
<p>Calendrier de collecte de données. Au Niger, la collecte des données a été entravée par la performance des moyens de communication, la disponibilité de certaines cibles d'interview du fait des rotations sur les postes de travail ou des absences de facto des agents de l'État, une polarisation des activités des responsables centraux sur la gestion de la pandémie de la COVID-19 et d'autres événements (jour férié du nouvel an musulman ; incident de la route sur un axe de la mission sur le terrain). En outre, la collecte des données dans les structures de santé est intervenue dans les premières phases de déconfinement avec une réactivation des missions gelées sur le terrain des responsables centraux (la campagne combinée de chimio prévention du paludisme saisonnier (CPS) et de dépistage de la malnutrition ; les missions administratives). Il est apparu que l'estimation de 13 jours de visite des cinq régions au Niger a été ambitieuse et qu'une durée plus longue aurait permis aux équipes de réaliser les activités dans des meilleures dispositions.</p>	<p>Chevauchement des phases de l'évaluation ; mise à profit de toute opportunité de contact pour la communication avec les responsables des structures en déplacement dans les régions.</p> <p>Une répartition de l'équipe de collecte en sous-équipes a été faite pour minimiser le retard sur le calendrier de collecte.</p>

<p>Disponibilité des données. Au Niger, la collecte des données quantitatives et financières a été incomplète et tardive. La disponibilité des données notamment au niveau de la Direction Nationale a été un défi majeur du fait que la période de l'évaluation couvre les 10 dernières années et de l'absence d'un système d'archivage électronique des données statistiques nutritionnelles. En dehors du DHIS2 qui s'est mis en place seulement il y a 2-3 ans, la plupart des données institutionnelles se trouvent dans des ordinateurs personnels d'agents qui parfois ne sont plus à leur poste initial. Il en résulte un gap des données nutritionnelles au Niger surtout pour la période de 2010 à 2015. Parfois les données retrouvées dans les annuaires statistiques du Ministère de la Santé Publique n'ont pas les désagréments requises pour réaliser les analyses prévues. Les données sur les coûts de la PCIMAS ont été laborieuses à obtenir auprès des partenaires pour des raisons variables. Par exemple, le changement de système interne (plateforme de gestion des données financières) à l'UNICEF entre les cycles de programmation et l'absence d'agents à renseigner pendant les périodes de congé ont rendu difficiles une extraction harmonisée des lignes de dépenses.</p>	<p>Recours à des anciens pour obtenir des données manquantes. Analyses effectuées sur les données reçues et/ou aux extrapolations. La triangulation avec les données provenant d'autres sources a également permis de mitiger les données manquantes.</p>
<p>Cadres d'échantillonnage. Au Niger, les cases de santé comme sites d'étude ont été exclues du cadre de l'échantillonnage, ainsi, les rôles et les opportunités de la décentralisation de la PCIMAS au niveau communautaire (structures sanitaires périphériques de niveau I et II) n'ont pas été évalués. Le temps limité alloué à la visite de terrain ne permettait pas de couvrir les activités communautaires et les discussions avec la collectivité locale.</p>	<p>Les visites communautaires se sont donc limitées aux discussions de groupes avec les relais communautaires, les leaders et les mères et pères d'enfants de moins de 5 ans qui se déroulaient la plupart du temps au prémisses du centre de santé intégré.</p> <p>Exploitation des données de la revue documentaire pour pallier le gap des indications sur l'état de la mise en œuvre des pratiques dans les ménages.</p>
<p>Difficultés d'accès à certaines zones cibles dans les deux pays, liées notamment à l'insécurité et aux inondations des routes</p>	<p>Des changements mineurs ont été effectués dans la liste des sites échantillonnés. Les aires de santé concernées ont été remplacées par d'autres avoisinantes et qui répondaient aux mêmes critères dans l'échantillonnage.</p>

9. CONSTATS ET CONCLUSIONS PRELIMINAIRES (PAR CRITERE)

Les constats et les conclusions préliminaires de l'évaluation de la PCIMAS sont présentées selon les cinq critères de l'évaluation : i) pertinence, ii) efficacité, iii) efficience, iv) durabilité, et v) droits humains, genre et équité. Ils proviennent d'une triangulation des données obtenues de différentes sources et méthodes qui s'appuient sur l'ensemble des connaissances de la mise en œuvre de la PCIMAS dans le contexte sanitaire complexe et changeant au fil du temps des deux pays. Il faut noter que certaines informations ont été répétées ou discutées sous plusieurs angles et perspectives pour répondre à des questions différentes.

9.1. Pertinence

Questions communes aux deux pays

- QE 1.1.** Dans quelle mesure les stratégies du programme PCIMAS ont répondu aux attentes des parties prenantes et aux besoins des populations cibles au fil du temps ?
- QE 1.2.** Dans quelle mesure les rôles et responsabilités des partenaires impliqués (ONG et Gouvernement/Ministère de la Santé) ont répondu aux attentes des parties prenantes et aux besoins des populations cibles au fil du temps ?
- QE 1.3.** Dans quelle mesure les interventions sur le terrain sont alignées avec les stratégies UNICEF *Core Commitments for Children in Humanitarian Action (CCC)*, le protocole international en matière de nutrition, et les priorités nationales ?
- QE 1.4.** Dans quelle mesure l'intégration du programme PCIMAS est conforme aux six piliers du système de santé ? Quels sont les défis de cette intégration ?
- QE 1.5.** Dans quelle mesure les parties prenantes ont accès aux connaissances pertinentes et/ou nouvelles évidences ou sont impliquées dans les innovations ?

Questions spécifiques pour le Niger

- QE 1.6.** Dans quelle mesure le programme du Niger est conforme au concept de base de la PCIMAS (incluant un volet « mobilisation et participation communautaire », un volet « prise en charge de la malnutrition aiguë modérée (PCIMAM) », un volet « prise en charge de la MAS (PCIMAS) » sans complication et avec complications médicales et un volet lié aux interactions avec les autres secteurs) ?
- QE 1.7.** Dans quelle mesure le programme PCIMAS est en adéquation avec les politiques nationales en matière de santé mère et enfant ? **(INTEGREE COMME SOUS-SECTION DE LA QUESTION 1.3)**



DG avec les ASBC au CM de Saaba, District de Bogodogo, Région sanitaire du Centre, Burkina Faso



Mères d'enfants bénéficiaires au CSI de Jirataoua, District Madarounfa, Région de Maradi, Niger

9.1.1. Réponses aux attentes des parties prenantes et aux besoins des populations cibles au fil du temps

1. La PCIMAS prend en compte la prise en charge en interne et en ambulatoire respectivement des cas de malnutritions aiguës sévères avec et sans complications des enfants de 0 à 59 mois, correspondant à deux des principales composantes de l'approche PCIMA adoptée dans les deux pays. En ciblant l'une des couches les plus vulnérables de la population (enfants de moins de cinq ans), le programme répond aux besoins des enfants et de leurs accompagnants, outre ceux des gouvernements (particulièrement les ministères de la santé), des partenaires techniques et financiers et des ONG qui ont pour objectif de contribuer à la réduction de la morbi-mortalité infantile.
2. Les activités de la PCIMAS sont mises en œuvre dans les structures de santé, ce qui a permis de singulariser la malnutrition aiguë en tant que problème de santé en soit, tout en permettant de mieux organiser la prise en charge des cas de malnutrition. Le programme cible toutes les régions dans les deux pays. Il est non seulement apprécié par les acteurs de la santé, mais aussi par la communauté en général. Les leaders,

agents de santé à base communautaires et relais communautaires y voient un instrument qui participe à donner du sens à leur engagement, parce qu'ils sont sollicités pour la mobilisation communautaire et l'adhésion des bénéficiaires au programme. D'après les leaders, agents de santé à base communautaires et relais communautaires qui ont participé aux discussions de groupe, les activités de PCIMAS répondent aux besoins de la communauté en ce sens que la plupart des enfants malnutris admis en sortent guéris au bout de quelques semaines, et les activités de communication délivrées par les ASBC et RC les aide à mieux alimenter et prendre soin de leurs enfants. Par conséquent, ils n'hésitent pas à utiliser régulièrement les services offerts dans le cadre du programme.

3. L'ensemble des mères d'enfants interviewées ont également souligné la pertinence de la prise en charge de leurs enfants lorsqu'ils présentent des signes de malnutrition, que ce soit en ambulatoire ou en interne. Quand bien même les guérisseurs traditionnels sont parfois leur premier recours pour la plupart des soins aux enfants, ces derniers les orientent vers les structures de santé pour prise en charge adéquate lorsqu'ils dépistent la malnutrition chez l'enfant.
4. L'ensemble des bénéficiaires qui ont participé aux discussions de groupe ont affirmé recevoir gratuitement les intrants nutritionnels ainsi que les médicaments prescrits, pour autant que ceux-ci soient disponibles au dépôt de médicaments de la structure de santé. Cette gratuité des soins est un aspect de l'approche particulièrement salué pour sa pertinence par les bénéficiaires, au regard du contexte général de pauvreté des populations.

9.1.2. Variations des rôles et responsabilités des partenaires impliqués au fil du temps

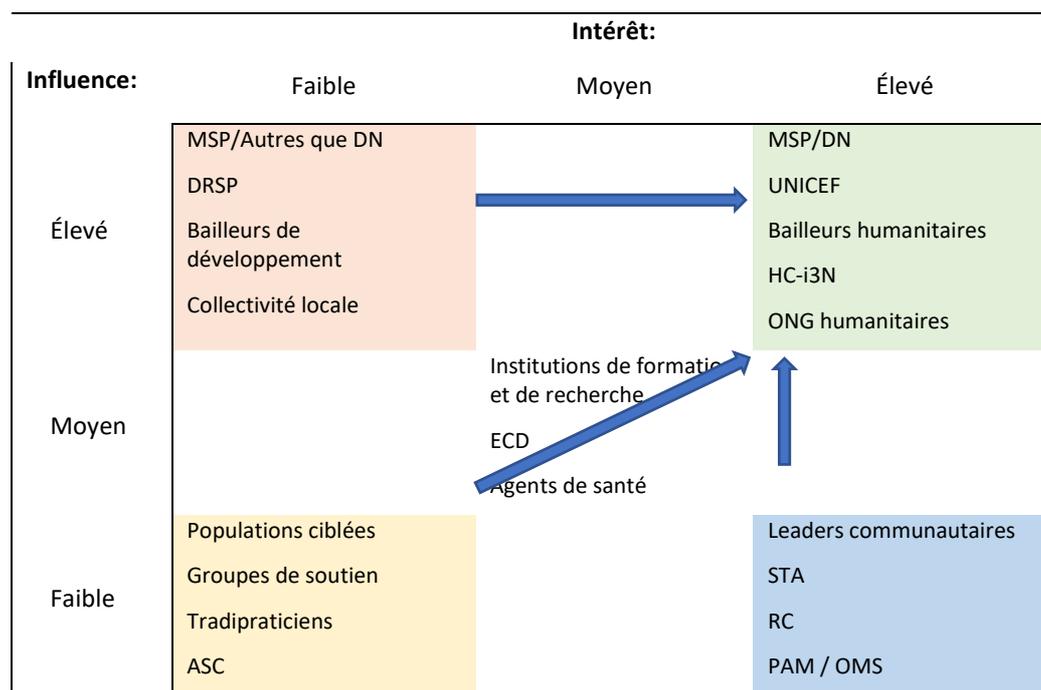
5. Les deux pays disposent d'un protocole national de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë (PCIMA), les versions les plus récentes datant de 2015 pour le Burkina Faso et de 2016 pour le Niger. Chacun des protocoles décrit les rôles et responsabilités des acteurs à différents niveaux de la pyramide sanitaire (national, régional, district, structure de santé, communauté). Ces rôles et responsabilités sont quelque peu identiques dans les deux pays. D'après les données de la revue documentaire et les participants aux entretiens individuels :
 - Les acteurs au niveau central du système de santé (Direction de la Nutrition) des deux pays assurent la formation, la coordination, le suivi et la supervision de la mise en œuvre de la PCIMAS;
 - Les agents de santé et les ASBC/RC au niveau périphérique assurent le dépistage, les références et la prise en charge des enfants détectés malnutris;
 - Les mères/parents d'enfants sont également mis à contribution pour le dépistage des cas de malnutrition, à travers l'initiative périmètre brachial (PB) à domicile ⁵.
 - Au niveau communautaire, les leaders, par leur engagement et leur influence auprès des groupes spécifiques qu'ils représentent, facilitent la communication autour de la PCIMAS, et contribuent à la mobilisation sociale auprès de la communauté contre les perceptions négatives vis à vis de la malnutrition, renforçant ainsi l'action des ASBC/RC.
6. Les rôles et responsabilités des différents partenaires ont connu quelques variations au fil du temps. Ces variations dans les deux pays sont dues d'une part, à l'évolution de la stratégie d'intégration et au désengagement graduel des bailleurs de fonds humanitaires, et d'autre part, à l'évolution des contextes d'urgences :
 - Au Niger, certaines variations sont apparues, traduisant une adaptation aux politiques et plans stratégiques qui découlaient de l'introduction de réformes successives telles par exemple, la décentralisation des responsabilités sanitaires et le nouveau système d'information sanitaire informatisé.
 - Au Burkina Faso, les rôles et responsabilités ont également variés, traduisant la mise en œuvre de la stratégie d'intégration et de désengagement graduel des bailleurs. Les actions dans ce sens incluaient la production locale d'ATPE en 2013, qui couvre tous les besoins nationaux depuis 2017, l'intégration de la gestion des intrants nutritionnels dans la chaîne nationale d'approvisionnement de la centrale d'achat de médicaments essentiels génériques (CAMEG) depuis 2015 qui a permis au ministère de la

⁵ Le **PB à domicile** est le dépistage de la malnutrition effectué à domicile par les parents d'enfants et le référencement à l'ASBC/RC pour confirmation en cas de suspicion de malnutrition.

Santé de s'approprier progressivement cette gestion, ainsi que l'adoption de la gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes en 2016 afin de faciliter l'accès aux services de santé (y compris la PCIMAS) aux populations vulnérables.

7. Au fur et à mesure que le programme alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) a été mis à échelle au Burkina Faso, un changement additionnel a pris place avec la mise en place des groupes d'apprentissage et de soutien aux pratiques optimales pour l'alimentation et la nutrition du jeune enfant (GASPA), plateformes qui contribuent au dépistage des cas de malnutrition et sa prévention. Le recrutement des agents de santé à Base communautaire (ASBC) représente également un changement majeur pour le renforcement du volet mobilisation communautaire du programme, car ceux-ci contribuent à l'intégration du dépistage de la malnutrition dans les campagnes de masse telles que la supplémentation en vitamine A (JVA+) et la chimioprophylaxie saisonnière du paludisme (CPS). Sous l'impulsion et le financement des bailleurs, les partenaires ont développé des stratégies de renforcement du système de santé dans leurs zones d'appui respectives, afin d'intégrer de plus en plus les services de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère dans le système de santé du Burkina Faso.
8. Outre les partenaires techniques et financiers traditionnels les plus connus, le programme a également attiré l'attention d'autres acteurs de terrain tels que des ONG locales, des associations, des initiatives personnelles, qui apportent de façon ponctuelle divers appuis spécifiquement utiles pour la PCIMAS ou utiles dans la santé des enfants en général. Ces appuis incluent entre autres, la construction de hangars, le transport des enfants souffrant de MAS avec complications vers les hôpitaux, les campagnes de dépistage, l'achat de denrées alimentaires locales nécessaires pour les démonstrations culinaires, la motivation des ASBC et RC.
9. Une cartographie des rôles et responsabilités des 28 groupes de parties prenantes clés au programme de PCIMAS au Niger a été réalisée tout en déterminant leurs niveaux d'influence et d'intérêt actuels pour le programme selon qu'ils sont élevés, moyens ou faibles. Par exemple, les bailleurs de développement et la collectivité locale sont des acteurs ayant un niveau d'influence élevé, mais ayant un intérêt actuel faible ; les leaders communautaires et les RC quant à eux ont un grand intérêt élevé pour la PCIMAS, mais un niveau d'influence faible ; et les bénéficiaires du programme et les groupes de soutien ont un intérêt et une influence actuels faibles. Une analyse simple a également permis de positionner les acteurs sur une matrice qui les identifie comme observateur, défenseur, inhibiteur ou moteur, et qui visualise les opportunités manquantes quand les acteurs ne jouent pas le rôle qui est le leur. Parmi les acteurs clés par exemple, huit ayant une influence élevée se trouvent dans la catégorie de non-appui (« inhibiteur »), qui une fois inversée, pourrait devenir favorable pour la PCIMAS. Les cinq observateurs identifiés sont des acteurs avec une faible influence, mais qui peuvent faire une différence dans leur contexte si leur intérêt s'améliore. Parmi les acteurs faibles ou absents, certains d'entre eux sont impliqués de manière ad hoc pour certaines activités de pointe, comme l'élaboration de politiques, des évaluations et des études, et pourraient jouer un rôle plus systématique (rôle institutionnalisé) dans le renforcement des capacités de PCIMAS. L'analyse a également identifié des acteurs manquants tels que les associations professionnelles et les écoles de formation.

Figure 1 : La position de l'appui au programme de PCIMAS des parties prenantes clés au Niger



ASC = Agents de santé communautaire ; DN = Direction de la nutrition ; ECD = Équipe cadre de district ; HC-i3N = Haut-commissariat de l'initiative 3N, les nigériens nourrissent les nigériens ; MSP = Ministère de la santé publique ; RC = Relais communautaires ; STA = Société de transformation agro-alimentaire ; Case blanc = neutre, case bleu = défenseur, case jaune = observateur, case rose = inhibiteur, case vert = moteur.
 ➡ = le sens du mouvement vers une position préférable

9.1.3. Conformité de la PCIMAS avec les « Core Commitments for Children in Humanitarian Action » de l'UNICEF, le protocole international et les priorités nationales

9.1.3.1 Conformité de la PCIMAS avec les « Core Commitments for Children in Humanitarian Action »

10. La PCIMAS dans sa conception a pour but de contribuer à la lutte contre la malnutrition des enfants de moins de cinq ans, et donc participe à l'amélioration de la survie de l'enfant, ce qui est en adéquation avec les « Core Commitments for Children in Humanitarian Action » (CCC) de l'UNICEF, cadre qui guide l'action humanitaire en faveur des enfants. Ce cadre repose sur la législation internationale relative aux droits de l'homme, en particulier la Convention relative aux droits de l'enfant et, dans le cas des situations d'urgence complexes, sur le droit humanitaire international¹². L'UNICEF est le principal appui du gouvernement du Burkina Faso et du Niger dans le financement, la planification et la mise en œuvre du programme sur le terrain. La PCIMAS est au cœur du CCC par sa contribution à la survie de l'enfant et à son bien-être aussi bien dans les zones d'urgence que les zones stables des deux pays. A ce jour, la PCIMAS au niveau communautaire renforce les plateformes communautaires pour améliorer l'accès équitable. Toutefois, l'insuffisance en ressources humaines pendant les périodes de crises au niveau des structures sanitaires met en péril certains aspects des droits de l'enfant, comme le droit à l'accès aux soins adéquats et de qualité.

11. Les principaux engagements des CCC qui avaient été développés en 2010 et utilisés lors de la planification et la mise en œuvre de la PCIMAS au Burkina Faso et au Niger incluaient les six éléments suivants : (1) leadership et coordination en matière de nutrition, (2) systèmes d'évaluation et de surveillance de la situation nutritionnelle, (3) les femmes et les enfants concernés ont accès au programme Alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE), (4) prévention de la sous-nutrition, des carences en micronutriments et de l'anémie dans la phase intermédiaire de l'enfance et à l'adolescence, (5) les femmes et les enfants reçoivent des micronutriments grâce à des aliments fortifiés, des suppléments ou des préparations de multi-micronutriments, (6) les femmes et les enfants ont accès aux informations

pertinentes concernant les activités des programmes de nutrition. Le degré d'accomplissement de chacun de ces engagements par rapport au programme de PCIMAS au Burkina Faso et au Niger est synthétisé dans la matrice ci-dessous. Il apparaît que globalement, tous ces engagements ont été pris en compte dans chacun des pays, le degré de mise en œuvre pouvant varier en fonction du contexte socio-politique, économique, sécuritaire et programmatique du pays.

Engagements et critères de référence	Degré d'accomplissement Burkina Faso	Degré d'accomplissement Niger
<p>Engagement 1 : Mise en place d'un "leadership" efficace pour la coordination du groupe sectoriel interorganisations sur la nutrition et des liaisons sont établies avec les autres groupes sectoriels/mécanismes de coordination de secteur sur les questions intersectorielles cruciales.</p> <p>Critère de référence : Un mécanisme de coordination fournit des orientations à tous les partenaires sur les normes, les stratégies et les approches communes, ce qui assure que toutes les carences et les vulnérabilités nutritionnelles cruciales sont identifiées ; il fournit également des informations sur les rôles, les responsabilités et l'obligation de rendre compte de son action de manière à assurer que toutes les carences soient traitées sans duplication des activités.</p>	<p>Plusieurs cadres de coordination existent au niveau national, et collaborent pour adresser la malnutrition dans une approche multisectorielle.</p> <p>Plus spécifiquement, il existe un cluster nutrition qui englobe la PCIMAS, et un sous-groupe PCIMAS qui coordonne la planification et la mise en œuvre du programme au niveau national.</p>	
<p>Engagement 2 : Des systèmes d'évaluation et de surveillance de la situation nutritionnelle sont établis et/renforcés dans les meilleurs délais.</p> <p>Critère de référence : Des évaluations qualitatives font l'objet de rapports dans les meilleurs délais et fournissent une information suffisante pour éclairer le processus de prise de décision, y compris en ce qui concerne l'ampleur et la gravité de la crise nutritionnelle, les causes sous-jacentes de la malnutrition et les facteurs contextuels.</p>	<p>Les enquêtes nutritionnelles SMART sont conduites annuellement pour apprécier la situation nutritionnelle (y compris la malnutrition aiguë sévère) des enfants de moins de cinq ans sur une base régulière.</p> <p>Des enquêtes de couverture sont également conduites par certaines ONG dans leurs zones d'intervention afin d'évaluer le niveau d'accès aux services de PCIMAS, en plus d'identifier les facteurs facilitateurs et inhibiteurs d'accès aux services.</p>	
<p>Engagement 3 : Les femmes et les enfants concernés ont accès au programme Alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE).</p> <p>Critère de référence : Toutes les zones touchées par la situation d'urgence ont un nombre adéquat de conseillers qualifiés en Alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) et/ou de groupes de soutien actifs.</p>	<p>Le programme ANJE est mis en œuvre dans certaines zones d'urgence du pays, mais la couverture reste faible</p>	
<p>Engagement 4 : Les femmes et les enfants souffrant de malnutrition aiguë ont accès aux services appropriés de traitement de la malnutrition.</p> <p>Critère de référence : Un traitement efficace de la malnutrition aiguë (taux de rétablissement >75 %) et taux de couverture >50% en milieu rural, >70 % en milieu urbain, >90 % dans les camps)</p>	<p>Le taux de guérison est demeuré >75% pendant toute la période de mise en œuvre au Burkina Faso (2015-2019) et au Niger (2010-2019).</p> <p>Le taux de couverture de traitement de la MAS investigué selon les méthodes directes a été bon dans 2 des 6 enquêtes au Burkina Faso, tandis qu'il était bon dans 2 des 15 enquêtes au Niger.</p>	
<p>Engagement 5 : Les femmes et les enfants reçoivent des micronutriments grâce à des aliments fortifiés, des suppléments ou des préparations de multi-micronutriments.</p> <p>Critère de référence : Les besoins en micronutriments des populations affectées sont satisfaits : couverture >90% par les activités de distribution de suppléments nutritionnels, ou > 90% ont accès à des sources additionnelles de micronutriments pour les femmes et les enfants.</p>	<p>Dans le cadre de la PCIMAS les enfants reçoivent les ATPE, qui en plus des macronutriments, contiennent des multi-micronutriments, mais des sources additionnelles de micronutriments ne sont pas mis à leur disposition.</p>	
<p>Engagement 6 : Les femmes et les enfants ont accès aux informations pertinentes concernant les activités des programmes de nutrition.</p> <p>Critère de référence : Des activités de communication fournissant des informations sur les services nutritionnels (y compris comment et où y avoir accès) et sur l'assistance fournie sont menées dans toutes les zones touchées par la situation d'urgence.</p>	<p>Les populations (parents d'enfants de moins de cinq ans vivant dans les zones d'urgence) sont en majorité au courant de l'existence du programme de PCIMAS, bien que l'accès aux services soit difficile dans certaines régions à cause de la situation sécuritaire précaire.</p>	

Bon niveau

Niveau partiel

Niveau faible

9.1.3.2 Alignement au protocole international en matière de nutrition

12. Au Burkina Faso, la revue documentaire et les entretiens individuels avec les responsables de programme au niveau national et régional ont montré que la PCIMAS est en conformité avec le protocole international en matière de nutrition. Au Niger, cette conformité a été acquise au fil du temps au travers des quatre adaptations qu'a subi le protocole national de la PCIMAS depuis 2005⁶ (versions de 2007, 2009, 2012, 2016). En effet, les programmes PCIMAS des deux pays s'alignent aux recommandations globales suivantes :

- La **Déclaration commune de l'OMS, de l'UNICEF et du PAM**¹³ (2007) sur la prise en charge communautaire de la MAS : elle a permis la prise en compte des aspects de prise en charge en ambulatoire (versions 2007 et 2009 du protocole national du Niger, version 2008 du Burkina Faso) ;
- Les **Normes OMS de croissance de l'enfant**¹⁴, (2006) et la **Déclaration commune de l'OMS et l'UNICEF**¹⁵ (2009) : elles définissent de nouvelles normes de croissance de l'enfant et proposent une nouvelle définition de la MAS selon les mesures anthropométriques qui y sont décrites (version 2012 du protocole national du Niger, version 2014 au Burkina Faso) ;
- Les **Lignes directrices de l'OMS**¹⁶ (2013) sur la prise en charge de la MAS chez les enfants de moins de six mois : elles ont permis d'adapter le diagnostic et certains aspects du traitement en se basant sur de nouvelles évidences (version 2016 du protocole national du Niger, version 2014 du Burkina Faso).

13. Toutefois, il a été constaté que certaines directives proposées dans les lignes directrices de l'OMS de 2013 ne sont pas toujours prises en compte, comme c'est le cas pour la dernière version du protocole national de PCIMAS du Niger (2016). Par exemple, les directives sur la prise en charge en ambulatoire du jeune enfant de moins de 6 mois n'ont pas encore été adaptées, les autorités ayant estimé faire au préalable une évaluation des nouvelles connaissances actuelles avant d'envisager cette prise en compte.

9.1.3.3. Adéquation avec les politiques nationales en matière de santé mère et enfant

14. La lutte contre la malnutrition est devenue une priorité en matière de santé pour le gouvernement du Burkina Faso et du Niger. Cela s'est traduit au cours des dix dernières années par la création d'un environnement favorable pour l'appui aux programmes de prévention et de prise en charge de la malnutrition. La nutrition a été prise en compte dans plusieurs politiques et/ou stratégies élaborées dans les deux pays, y compris la PCIMAS. La revue documentaire et les entretiens individuels avec les responsables de programme au niveau national et régional ont fait le constat selon lequel des objectifs stratégiques pour la surveillance nutritionnelle et la prise en charge des enfants malnutris ont figuré avec plus d'importance dans les documents de politique nationale de santé en général, les politiques et stratégies de nutrition, ainsi que les documents généraux de politique dans les deux pays. Par exemple, au Burkina Faso, les objectifs de la PCIMAS s'alignent parfaitement aux choix politiques, stratégiques et opérationnels de gestion de la malnutrition telle qu'inscrite dans la **Politique Nationale de Nutrition** (2016-2020), le **Plan Stratégique Multisectoriel de Nutrition** (2019-2023) et le **Plan de passage à l'échelle des pratiques optimales d'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE)** (2013-2025). Au Niger, ces objectifs figurent dans le **Plan stratégique de santé communautaire** (2019-2023) qui vise à limiter l'incidence de la malnutrition et prévoit le paquet intégré et complet de services des relais communautaires pour 2022, ainsi que le **Plan stratégique national du système d'approvisionnement en produits de santé** (2019-2023) qui, prévoit un système d'approvisionnement avec une chaîne unique pour

⁶ Il faut noter que le MSP, avec l'appui de l'OMS, avait développé un protocole de traitement de la MAS en interne en 2000, basé sur le *Management of severe malnutrition : a manual for physicians and other senior health workers* (OMS 1999). A ce moment, l'ATPE n'étaient pas encore disponible et les traitements avec les laits thérapeutiques selon ces normes étaient disponibles uniquement dans les CRENI appuyés par les ONG.

un accès équitable. Le système n'a pas encore absorbé les intrants de la PCIMAS, mais ceci est envisagé dans un projet d'avenir.

15. Le service de prise en charge des enfants malnutris aigus sévères est un des services curatifs importants des centres de santé et de promotion de la santé. La gratuité des intrants nutritionnels appliquée dans les structures de santé est en adéquation avec la gratuité des soins aux enfants de moins de cinq ans, adoptée par le Gouvernement des deux pays. Ceci a été si bien rappelé par la plupart des acteurs, y compris les bénéficiaires rencontrés sur le terrain.
16. Tout ceci se fait également en considérant les autres initiatives en matière de santé qui sont mise en œuvre en complémentarité avec la PCIMAS, telles que le programme de promotion des pratiques optimales d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE), la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) dont le dépistage et le référencement des enfants souffrant de malnutrition aiguë fait partie, la CPS qui inclut le dépistage de la malnutrition aiguë durant les campagnes de masse effectuées chaque année, la planification familiale avec la communication des femmes et des ménages à la problématique de la malnutrition infantile. Ces différents programmes couvrent le paquet d'activités offert aussi bien à la mère qu'au nourrisson sain ou malade, sans oublier l'apport de la santé communautaire via les ASBC et RC. En effet, ceux-ci sont en première ligne pour les actions de prévention et de dépistage des cas de malnutrition aussi bien chez les enfants de moins de cinq ans que leurs mères.
17. Bien que les politiques et les plans soient bien élaborés et clairs, la réalité décrite à travers les perceptions recueillies est plus nuancée. Les entretiens ont relevé que l'intégration de la PCIMAS au niveau des soins, même si la PCIMAS fait partie du PMA, n'est pas toujours adéquate, la PCIMAS étant encore perçue comme une intervention verticale gérée par les PTF et les ONG d'appui de la mise en œuvre. .

9.1.4. Conformité à l'intégration du programme PCIMAS aux six piliers du système de santé

18. Le programme de PCIMAS prend appui sur le système de santé dans les deux pays et en ce sens s'intègre bien aux six piliers qui le fonde. Il est d'emblée tributaire des forces et des faiblesses de ce système de santé outre les aspects qui lui sont spécifiques. L'équipe d'évaluation a établi les progrès réalisés pour l'intégration de la PCIMAS dans les fonctions clés du système de santé à la lumière de la revue documentaire, des observations directes, les entretiens individuels avec les responsables de programme du MS, des partenaires techniques et des ONG. Dans les deux pays, la PCIMAS a été appréciée pour sa contribution au renforcement du système de santé au niveau central, de la région, du district sanitaire et de la collectivité locale. Les principaux éléments qui ont été identifiés sont les suivants :

- **La gouvernance** : la PCIMAS a grandement renforcé la visibilité de la Direction de la Nutrition et du Ministère de la Santé, leur permettant de disposer des ressources nécessaires pour la coordination des activités et des acteurs au niveau national, d'élaborer et de mettre en place les politiques et protocoles nationaux, de diriger des groupes de travail techniques et de mettre en place un système de coordination au niveau régional.
- **Le financement** : des fonds humanitaires ont été mobilisés pour appuyer la formation, le renforcement des capacités et la supervision ; le paiement des salaires des agents de santé ; l'achat des intrants et équipements ; la production de supports de collecte de données ; le monitoring et l'analyse des données ; la mise en place de la PCIMAS dans les structures sanitaires et la mise en œuvre des approches innovantes (CMAM Surge, PB-mère-à domicile, protocole simplifié de la malnutrition aiguë). En outre, en ce qui concerne le Burkina Faso, une ligne budgétaire a été créée par l'Etat pour l'achat des intrants nutritionnels destinés au traitement des cas de MAS. Au Niger, le financement de l'État est également envisagé dans ce sens.
- **Les ressources humaines** : le programme PCIMAS a permis au personnel de santé de bénéficier de multiples formations et d'expérience sur le terrain : formations en cascade du personnel ; recyclage et renforcement des capacités ; implication des ASBC et RC dans le dépistage actif, le référencement des enfants malnutris, le suivi à domicile et la communication.

- **Les prestations de services** : les hôpitaux ont reçu un appui pour le renforcement des services de pédiatrie en équipements ; la réhabilitation des locaux ; le renforcement des soins maternels et infantiles. De nouvelles initiatives nées de la PCIMAS telles que le PB à domicile et le protocole simplifié sont actuellement mises en œuvre dans certains districts.
- **Le système d'information sanitaire** : l'appui des partenaires a permis un renforcement du système de collecte de données. Des outils plus rigoureux et formels de collecte de données ont été développés et les agents de santé ont été formés sur le rapportage des données. Les indicateurs du programme PCIMAS ont été intégrés dans le système d'information sanitaire national de routine, ce qui a affecté positivement la complétude et la promptitude du rapportage dans l'ensemble. Les agents de santé ont développé de la curiosité pour la recherche et le sens des initiatives pour l'amélioration des interventions.
- **Le système d'approvisionnement** : au Burkina Faso, une convention a été signée entre l'UNICEF, la DN et la Centrale d'Achat de Médicaments et Génériques (CAMEG) pour l'utilisation d'un seul circuit d'approvisionnement en intrants nutritionnels, celui du MS représenté par la CAMEG. Pareille convention a été signée au Niger, pour assurer le transport des intrants nutritionnels du niveau national jusqu'aux districts sanitaires.
- **La communauté** : les activités communautaires ont été renforcées à travers les dépistages dans les villages, la responsabilisation des groupes communautaires tels que les COGES et COSAN ; la communication avec collectivité locale surtout pour le transport des intrants.

19. En résumé, la plupart des activités de la PCIMAS ont été intégrées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire dans les pays. Néanmoins, d'après les informations collectées sur le terrain, malgré les progrès considérables engrangés, les efforts doivent se poursuivre pour améliorer la disponibilité des intrants, la disponibilité en ressources humaines formées aux questions de nutrition, l'accessibilité géographique et l'utilisation des services de nutrition, la conformité de l'offre de soins nutritionnel aux standards de qualité, les mécanismes de coordination, le tout dans un contexte particulier d'insécurité. Sur le terrain, l'équipe d'évaluation a fait le constat d'une bonne connaissance théorique des soins centrés sur la personne /continuum de soins, mais d'une structure de santé à une autre la mise en œuvre pratique connaît des différences (plus de détails sont fournis dans le chapitre efficacité, section 9.3.1.3).
20. Dans certaines structures il existe une organisation spécifique qui établit un circuit par lequel le couple mère-enfant est pris en charge. Cependant dans la plupart des centres de soins surtout au niveau périphérique, il y a des jours dédiés à telle ou telle activité (y compris un jour spécifique dédié à la prise en charge de la MAS et de la MAM), bien que cela soit en contradiction avec l'intégration et le continuum des soins (plus de détails sur les facteurs inhibiteurs de la mise en œuvre de la PCIMAS dans le système de santé, et les limites dans l'atteinte des standards de qualité sont fournis dans les chapitres sur l'efficacité (section 9.2.2) et l'efficience (section 9.3.1.3)).

9.1.5. Accès aux connaissances pertinentes et/ou nouvelles évidences et implication dans les innovations

21. L'évaluation a examiné à travers la revue documentaires et les entretiens individuels comment les parties prenantes dans les deux pays se sont organisées pour prioriser les questions de recherche, coordonner la recherche, et capitaliser les leçons apprises afin de comprendre les systèmes d'archivage, de partage et d'utilisation des connaissances (gestion des connaissances) mises en place.
22. Le long parcours des deux pays dans la prévention et la prise en charge de la malnutrition a été une opportunité d'apprentissage. La revue documentaire a permis de déterminer qu'un grand nombre d'activités de recherche a été rendu possible grâce entre autres à la charge importante de la malnutrition, la présence des partenaires et instituts de recherche avec intérêt spécifique, et les directives internationales. L'annexe 5 résume les approches innovantes (études scientifiques et pilotes) et les évidences publiées durant les dix dernières années dans les deux pays. Par exemple, en 2016 dans le district sanitaire de Yako (Région du Nord du Burkina Faso) une approche innovante a été initiée par le consortium ALIMA-SOS Médecins-Keoogo dans le but d'améliorer la précocité du dépistage de la malnutrition aiguë avec la stratégie PB à domicile, soit la prise des mesures du périmètre brachial des

enfants par les mères ou les parents. Le **protocole simplifié**⁷ a été initié en 2020 pour pallier le problème d'insécurité dans certaines régions du pays^{17,18}. Au Niger, la mise à échelle d'une étude pilote sur la prise en charge de la MAS en ambulatoire, en cours avant la crise de 2005, a permis d'accélérer la riposte. Ensuite, la combinaison de l'affluence d'acteurs et des ressources financières, et la nécessité de disposer d'évidences, a permis d'initier de multiples études de recherche et de projets pilotes au fil du temps, avec l'aide du programme de recherche de la No Wasted Lives Coalition⁸ qui avait fixé les priorités et facilité la mobilisation des ressources pour la recherche. Une plateforme nationale d'information pour la nutrition (PNIN)⁹, située à l'Institut National de la Statistique du Niger (INS), exploite les données des enquêtes de population et vise à renforcer les capacités d'analyses des données pour évaluer les progrès, informer les politiques et améliorer les programmes en matière de nutrition.

23. Dans les deux pays, la mise en œuvre de la PCIMAS a également été un tremplin pour le renforcement du système d'information nutritionnelle et la saisie décentralisée des données, ainsi que l'acquisition de nouvelles connaissances en nutrition aussi bien pour les ASBC et RC que pour les agents de santé à tous les niveaux, à travers des plateformes nationales ou internationales. Cependant, en ce qui concerne l'accès aux nouvelles connaissances et évidences, les cadres d'échange et de concertation qui existent dans les deux pays semblent assez restreints et non accessibles à tous les acteurs au niveau des districts sanitaires et des communes. En effet, Le Groupe technique nutrition (GTN) avec ses groupes de travail technique (GTT) restent les principaux cadres d'échange et de partage et les agents de santé de terrain n'ont pas systématiquement accès à ces nouvelles connaissances et évidences, sauf s'ils participent à une formation, une réunion de routine ou de pointe. Selon les discussions, ils gagneraient à être reliés à des sites web informatifs (p. ex. autrefois le *Forum CMAM*, maintenant *The State of Malnutrition*¹⁰) et à des groupes de discussion interactifs (p. ex. *EN-Net*¹¹) ou à des revues (p. ex. *The Field Exchange*¹²), méconnus par la plupart, qui offrent un large éventail de soutien technique sur la PCIMAS.
24. En termes d'implication dans les innovations, il est ressorti des entretiens individuels au Burkina Faso qu'il y a une faible implication des responsables et agents de santé de l'Etat dans la conception de nouvelles initiatives, ces derniers se contentant d'être les acteurs de leur mise en œuvre. Au Niger en revanche, la DN déplore le manque de transparence sur les études de recherche ou les projets pilotes mis en œuvre. Le plus souvent, elle est avertie de la démarche de l'étude à la demande des bailleurs de fond, mais par la suite, n'est pas impliquée dans le déroulement des activités et n'a pas accès aux résultats obtenus ni aux rapports produits à la fin de la mise en œuvre. Il n'existe pas de système permettant de prioriser les questions de recherche ou d'évaluation au niveau national, ni de système permettant d'impliquer un institut de recherche national.
25. D'après les entretiens individuels et des discussions de groupes conduits, la PCIMAS permet également aux mères d'enfants d'avoir accès à des connaissances nouvelles au travers des séances de causeries organisées au niveau communautaire par les ASBC/RC ou dans les centres de santé par les agents de santé. Le bénéfice de l'amélioration des connaissances pour les bénéficiaires serait plus grand si plus de mères et pères prenaient part à ces séances.

9.1.6. Conformité du programme au concept de base de la PCIMAS

26. D'après le protocole de prise en charge intégrée de la malnutrition dans les deux pays, les différentes composantes de la PCIMA comprennent : a) le dépistage systématique passif par les structures sanitaires lors de tout contact avec les groupes cibles, ainsi que le dépistage actif et référencement effectués par les agents de santé à base communautaire (ASBC) ou relais communautaires (RC) dans la communauté; b) le triage des cas MAM et MAS standardisée qui permet l'orientation des cas dans les structures de prise en charge, en fonction de leur gravité et du plateau technique de ces structures; c) la prise en charge de la

⁷ Le **protocole simplifié** est une approche qui consiste en l'utilisation des ATPE pour traiter à la fois les enfants souffrant de MAS et de MAM dans les zones d'urgence dans lesquelles la continuité des services de MAS et MAM n'est pas assurée.

⁸ <https://www.nowastedlives.org/>

⁹ <https://pnin-niger.org/web/>

¹⁰ <https://acutemalnutrition.org/fr>

¹¹ <http://www.en-net.org.uk>

¹² <http://www.enonline.net/fex>

malnutrition aiguë modérée (PCMAM) ; d) la prise en charge en ambulatoire de la malnutrition aiguë sévère ; et e) la prise en charge en interne (hospitalier) de la malnutrition aiguë sévère avec complications médicales. Les programmes de PCIMA au Burkina Faso et Niger couvrent toutes ces composantes et par conséquent sont conformes au concept de base de la PCIMAS. Les nouvelles évidences et les innovations telles que le CMAM Surge, le PB à domicile et le protocole simplifié ont affiné certains aspects du protocole de prise en charge et ont permis d'adapter les stratégies de mise en œuvre pour une meilleure qualité et couverture dans chacun des pays.

27. Dans les deux pays, les observations directes et les entretiens avec les agents de santé ont confirmé que la mise en œuvre du programme se déroule dans les structures de santé telle que définie dans sa conception. La prise en charge des enfants dépistés malnutris aussi bien au niveau communautaire que dans les structures de santé se fait selon les options définies dans le protocole national, à savoir, en ambulatoire pour les cas de malnutrition aiguë modérée (MAM) et de MAS sans complications, et la prise en charge en interne des cas de MAS avec complications médicales. Ainsi un enfant dépisté avec une MAS est pris en charge avec les ATPE; quand il guérit de sa situation de MAS et devient MAM, il est systématiquement intégré dans le système de prise en charge de la MAM dont il sort guéri quand ses mesures anthropométriques et sa situation clinique reviennent à la normale. Les mères d'enfants dépistés avec une MAM, reçoivent des conseils nutritionnels et des séances de démonstrations culinaires pour la préparation des bouillies enrichies. La mise en œuvre du programme implique autant les agents de santé que les collectivités locales, les acteurs communautaires tels que les leaders d'opinion, les agents de santé à base communautaire (ASBC), les enfants de moins de cinq ans et leur mère/gardienne, mais aussi et surtout la CAMEG (au Burkina Faso).
28. Cependant, quelques insuffisances ont été soulignées par les différents acteurs aussi bien au Burkina Faso qu'au Niger. Au Burkina Faso, les discussions avec les ASBC ont révélé qu'il manque une gouvernance adéquate pour la mise en œuvre de la composante communautaire, particulièrement en ce qui concerne le suivi et la motivation des ASBC. Si l'appui de l'ONG est présent, les activités se déroulent assez bien ; si l'appui de l'ONG est absent, la régularité et qualité des services en souffrent, et dépend de la motivation des ASBC. En outre, les responsables de programmes et agents de santé interviewés ont soulevé l'insuffisance des interventions de prévention. En effet, le continuum des soins MAS et MAM n'est pas assuré dans tous les districts. Quatre des 13 régions du Burkina Faso sont appuyées par le PAM, les enfants qui souffrent de MAM y reçoivent gratuitement des suppléments alimentaires prêts à l'emploi pour leur prise en charge. De plus, les bénéficiaires admis au programme de PCIMAS ne sont pas liés aux interventions sensibles à la nutrition telles que les jardins communautaires, les transferts monétaires ou les activités génératrices de revenus qui constituent des filets de protection pouvant aider les familles d'enfants malnutris à prévenir la malnutrition.
29. Il en est de même au Niger car, selon les acteurs, la gouvernance locale dans certaines communautés est également renforcée grâce à l'appui des ONG à travers des stratégies de diagnostic des centres de santé intégrés (CSI), de CMAM Surge et de plan de transition de l'appui. Quant aux interventions de prévention, elles sont très faiblement mises en œuvre, et on ne les retrouve que dans les DS appuyés par des ONG locales. Ce sont notamment les foyers d'apprentissage et de réhabilitation nutritionnelle (FARN), les démonstrations culinaires en communauté et les jardins communautaires. Toutes les mères interviewées apprécient grandement les activités culinaires effectuées au sein des communautés, bien qu'insuffisantes. Selon de nombreux informateurs, le plus grand défi à relever par l'Etat est l'appropriation de l'approche PCIMAS aussi bien par le système de santé que par les communautés.

Conclusions Préliminaires sur la PERTINENCE

PERT 1 : La PCIMAS demeure une intervention pertinente qui permet la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère chez les enfants de moins de 5 ans à tous les niveaux : communautés et structures sanitaires. Le programme qui a évolué vers un service intégré de routine répond aux besoins des populations vulnérables et aux contextes changeants. La mise en œuvre du programme a été un tremplin pour l'acquisition de nouvelles connaissances en nutrition aussi bien pour les

responsables de programmes et les prestataires de soins, que pour les parents d'enfants. Toutefois, il y a une faible implication des responsables et agents de santé de l'Etat dans la conception de nouvelles initiatives, ainsi que l'absence d'un cadre d'échange et de concertation au niveau des districts et des communes sur les questions de nutrition. (Para : xx, xx).

PERT 2 : L'analyse des parties prenantes a identifié des opportunités manquées telles par exemple la présence d'acteurs avec une influence élevée mais qui ont un intérêt faible pour la PCIMAS d'une part, ou des acteurs avec une faible influence, mais qui ont un intérêt élevé pour le programme d'autre part. L'on note aussi l'absence d'acteurs qui pourraient renforcer le lien entre l'aide humanitaire et le développement afin que la mise en œuvre de la PCIMAS soit optimale. Les rôles faibles des acteurs suivants méritant de l'attention : le faible engagement des bailleurs de développement, les points focaux des districts avec des capacités de leadership limités, et les collectivités locales avec un engagement faible. (Para xx, xx).

PERT 3 : La PCIMAS est en adéquation parfaite avec les politiques nationales du Burkina Faso et du Niger en matière de santé de la mère et de l'enfant, ainsi que les politiques et engagements pris au niveau international facilitant ainsi son ancrage et son intégration dans les plans sanitaires et de développement du gouvernement. (Para : xx, xx).

9.2. Efficacité

QE 2.1. Dans quelle mesure les interventions ont produit les résultats escomptés conformément aux plans du Bureau pays et du Bureau régional de l'UNICEF ?

QE 2.2. Quels sont les facteurs (internes et en dehors de l'UNICEF) qui ont contribué à l'atteinte des objectifs des interventions, y compris la composante de renforcement des capacités ?

QE 2.3. Quels sont les facteurs (internes et en dehors de l'UNICEF) qui ont empêché l'atteinte des objectifs des interventions, y compris la composante de renforcement des capacités ? Quelles mesures correctrices, s'il y en avait, ont été adoptées pour mitiger les défis rencontrés ?

QE 2.4. Quels sont les effets non attendus (positifs ou négatifs) des interventions sur le terrain ?

Questions spécifiques pour le Burkina Faso :

QE 2.5. Quel est l'apport des ASBC à travers la plateforme communautaire, dans le dépistage et le référencement des enfants malnutris aigus ?

QE 2.6. En quoi les campagnes nationales de dépistage de la malnutrition aiguë contribuent à l'amélioration de la couverture du programme PCIMA ?

Questions spécifiques pour le Niger :

QE 2.7. Quel est le profil des ménages bénéficiant du programme de PCIMAS dans les CRENAS et les CRENI ?

QE 2.8. Dans quelles mesure les interventions d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) étaient-elles intégrées dans le programme PCIMAS et les résultats associés ?

QE 2.9. Dans quelle mesure les efforts actuels/passés sont-ils efficaces pour contrôler et dissuader l'utilisation abusive des aliments thérapeutiques prêt-à-l'emploi (ATPE) ?

QE 2.10. Dans quelle mesure le programme a-t-il contribué au renforcement des systèmes (national et déconcentré) ?



A gauche, discussion de groupe avec les mères d'enfants de moins de 5 ans au CSPS de Balkuy, district de Bogodogo, Région sanitaire du Centre, Burkina Faso ; à droite, discussion avec les mères d'enfants au CSI de Dan Issa, District de Madarounfa, Région de Maradi, Niger

9.2.1. Atteintes des résultats conformes aux protocoles nationaux

30. Les acquis de la PCIMAS dans les deux pays ont été explorés selon les résultats escomptés décrits dans leurs protocoles nationaux respectifs. Ainsi, les composantes de la PCIMAS, que sont la sensibilisation et dépistage communautaire, la prise en charge en ambulatoire et la prise en charge en interne, ont été évaluées selon les critères nationaux du protocole qui couvre la période de 2015 à 2019 pour le Burkina Faso et de 2010 à 2019 pour le Niger.

9.2.1.1 Composantes de la PCIMAS

31. La composante communautaire de la PCIMAS dans les deux pays consiste en la sensibilisation des communautés sur la prévention et le traitement de la malnutrition, le dépistage actif des enfants, le référencement pour les soins des enfants dépistés atteints, le suivi à domicile des enfants admis avec des

problèmes de récupération, et les activités de promotion à la santé basé sur les pratiques familiales essentielles (PFE). Au Burkina Faso, les activités communautaires de PCIMAS étaient effectuées par des volontaires avant avril 2016, et depuis lors, elles font partie du paquet d'activités des agents de santé à base communautaire (ASBC) recrutés, formés et pris en charge par l'État. Les ASBC sont basés dans leurs communautés, deux ayant la responsabilité de couvrir un village. Ils sont appuyés par l'État. Au Niger, les activités communautaires de PCIMAS sont effectuées par les relais communautaires (RC), qui sont des volontaires désignés par le Comité de Santé (COSAN) de leur communauté. Les RC sont appuyés par le chef infirmier du centre de santé et/ou par l'agent de santé de la case de santé en fonction de la structure à laquelle ils sont rattachés, et couvrent chacun plus ou moins 20 ménages. Ils reçoivent également de l'appui d'un animateur communautaire lorsqu'une ONG locale est présente. L'évaluation dans les deux pays a révélé que la couverture de mise en œuvre des activités à base communautaire dépend de la couverture des ASBC / RC, leurs capacités, l'appui reçu et leur motivation. Cependant, le dépistage actif se fait de façon irrégulière et n'assure pas que l'anthropométrie de tous les enfants de moins de 5 ans est mesuré mensuellement dans la communauté. De même, les suivis à domicile ne se font pas de façon régulière. Dans les deux pays, les éléments de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) sont absorbés dans le paquet d'activités des ASBC / RC suivant les PFE, et consistent en des causeries périodiques portant sur des thèmes et en des démonstrations culinaires. Les hommes comme les femmes participent aux séances, les femmes étant les plus nombreuses.

32. Les composantes de prise en charge en ambulatoire pour les cas de MAS sans complications et la prise en charge en interne pour les cas de MAS avec complications dans les deux pays sont intégrées dans le paquet minimum d'activités (PMA) des structures sanitaires étatiques où tous les soins sont offerts par les agents de santé de l'État. Dans les deux pays et selon leur protocole national, le circuit unique est sensé assurer un continuum des soins compréhensifs, axés sur les besoins du couple mère-enfant. Au moins deux agents de santé ont été formés par site pour donner des soins de qualité, avec les intrants disponibles et gérés selon les standards prescrits. Mais l'application de ce circuit unique varie selon les formations sanitaires, ce qui fait que l'intégration de la PCIMAS dans la PCIME est incomplète.

9.2.1.2 PCIMAS équitable à l'échelle

La couverture géographique totale de la PCIMAS

33. Les services de PCIMAS au Niger et au Burkina Faso sont offerts dans la totalité des structures sanitaires, mais l'évolution de la couverture géographique de ces services vers le passage à l'échelle a été différent. Au Burkina Faso, le plan de passage à l'échelle de la PCIMAS (2011-2015) prévoyait que le programme couvrirait tout le territoire national. Les résultats obtenus des bases de données montrent en effet que toutes les structures sanitaires offraient les services de traitement de la MAS en 2018. **En 2019, plus de 119% des structures sanitaires étatiques du pays offraient des services de PCIMAS suggérant que la couverture géographique était plus qu'optimale dans le pays.** Pourtant, selon certains agents de santé et responsables de programmes, un nombre de structures sanitaires n'étaient pas fonctionnelles en 2018 et 2019 à cause de l'insécurité. Les taux au-delà de 100% observés s'expliqueraient soit par une offre des services au niveau des centres satellites et structures privées et/ou confessionnelles non-prises en compte dans l'estimation du nombre total des structures nationales, soit par une base de données non mise à jour. Au Niger, la couverture géographique des services de PCIMAS dans les structures sanitaires étatiques a progressé depuis son introduction pendant la crise nutritionnelle de 2005. Une lettre circulaire du Ministère de la santé en 2007 qui instruisait d'intégrer la PCIMAS dans le paquet minimum d'activités (PMA) des structures sanitaires étatiques a déclenché une mise à échelle qui en principe n'était pas planifiée. En 2010, le pays comptait déjà 812 sites de PCIMAS en ambulatoire, puis 1231 sites en 2019. Le nombre de sites de PCIMAS en interne est resté inchangé entre 2010 et 2019, soit 51 sites. **Au total, 99% des structures sanitaires étatiques du Niger offraient la PCIMAS en 2019.**
34. La couverture géographique de la PCIMAS ainsi que le niveau d'appui des partenaires techniques et financiers (PTF) (y compris les ONG, partenaires de mise en œuvre) ont fluctué au fil du temps dans les deux pays, et montrent des similitudes et des différences. Au Burkina Faso, les districts identifiés comme 'prioritaires' ou 'plus vulnérables' bénéficient en majorité de l'appui d'ONG. Au Niger, en 2010, environ

40% des structures sanitaires étatiques avec services de PCIMAS recevaient l'appui de l'UNICEF et d'une ONG. En 2019, tandis que l'appui de l'UNICEF s'étendait à toutes les structures sanitaires, le nombre de structures sanitaires recevant l'appui d'une ONG avait considérablement diminué. Jusqu'à ce jour, l'UNICEF assure la fourniture des aliments thérapeutiques, médicaments et matériels anthropométriques, et le financement des formations et des supervisions. Cependant, l'appui des PTF humanitaires diminue graduellement dans les zones stables.

Accès aux services de PCIMAS assuré

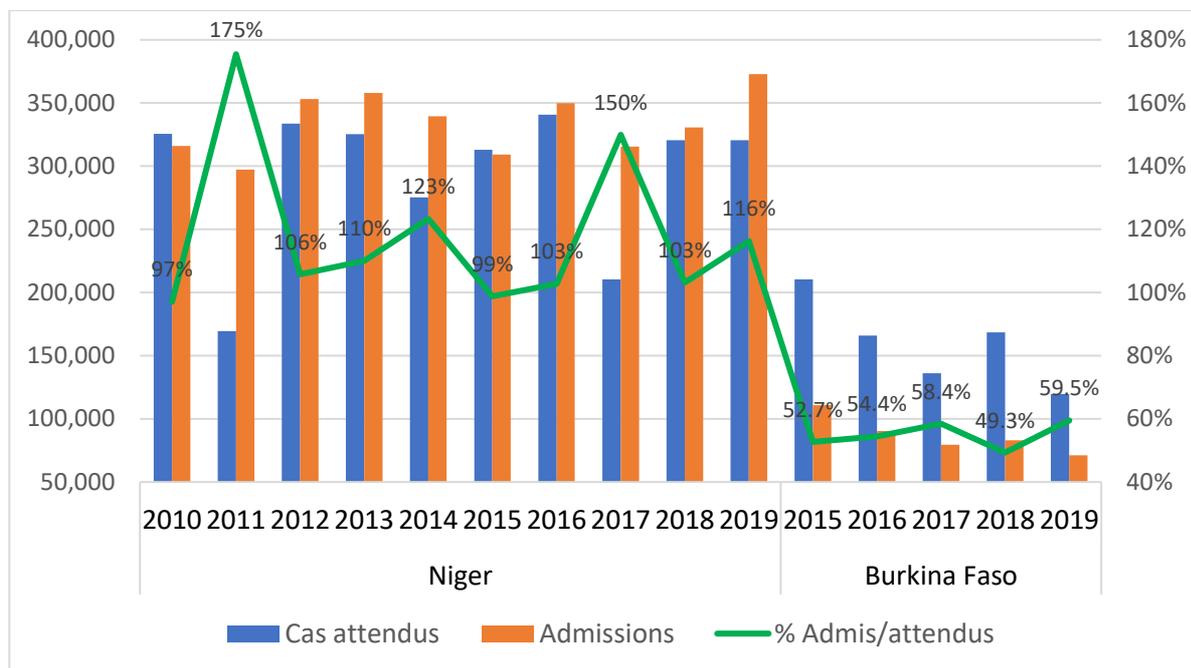
35. **L'accès physique aux services de PCIMAS est similaire dans les deux pays.** Au Burkina Faso, l'accès aux services de PCIMAS est difficile dans les zones instables. Au Niger, l'accès est difficile pour les groupes de populations mobiles, ceux vivant éloignés ou vivant dans des zones instables. **L'accès aux hôpitaux est un grand défi pour des raisons de transports et de manque de nourriture pour l'accompagnant(e) pendant l'hospitalisation de l'enfant.** Les nouvelles admissions MAS désagrégées par sexe, au Burkina Faso montrent qu'en 2018, les filles représentaient 46.5% des admissions pour le traitement en interne. Pour la MAS en ambulatoire, les filles étaient plus représentées, à hauteur de 52% en 2018 et 2019. Au Niger on observe une légère sous-représentation des filles en PCIMAS en interne et une légère surreprésentation des filles en PCIMAS ambulatoire (données disponibles pour les années 2015, 2018 et 2019).
36. Le nombre de cas qui accèdent aux services de PCIMAS est très différents dans les deux pays et cela varie en fonction du milieu d'admission (Figures 2 et 3).

Tableau 5 : Nombre des nouvelles admissions MAS au Burkina Faso et au Niger

Nombre des nouvelles admissions avec MAS	Au Burkina Faso, entre 2015 et 2019, le nombre a fluctué entre 120 691 (2015) et 81 747 (2019) avec une moyenne annuelle de 40 487 cas. Au Niger, entre 2010 et 2019, le nombre a fluctué entre 334 008 (2011) et 418 277 (2013) avec une moyenne annuelle de 384 060 cas.
Nombre d'admissions MAS sans complication	Au Burkina Faso, le nombre varie entre 110 859 (2015) et 71 217 (2019) ; Au Niger, le nombre a varié entre 297 408 (2011) et 372 932 (2019) ;
Nombre d'admissions MAS avec complications	Au Burkina Faso, le nombre a varié entre 9832 (2015) et 10 530 (2019). Au Niger, le nombre a varié entre 34 683 (2011) et 64 801 (2010) Au Niger, la proportion des cas de MAS avec complications a très peu varié, entre 10% (2011 et 2019) et 17% (2010), avec une moyenne de 13%, qui est en dessous du seuil national attendu à 20%.

37. Les fluctuations des admissions dans les deux pays sont difficiles à interpréter car le fardeau en admissions ne suit pas le changement de sévérité de la prévalence de la MAS au fil du temps. La différence entre les deux pays pourrait être expliquée, entre autres, par une différence en sévérité de MAS (taux de prévalence) et en couverture de traitement. Des similitudes entre les deux pays se remarquent au niveau de la variation régionale de cas de MAS prévalents, des admissions selon la zone agro-alimentaire et la saisonnalité, de l'incidence de maladies infantiles, et du niveau d'insécurité.
38. En comparant les cas attendus aux cas admis en ambulatoire, la situation des deux pays est inversée (Figure 2). Au Burkina Faso, le nombre de cas admis a toujours été en deçà des cas attendus, variant entre 49% (2018) et 60% (2019). Au Niger, quatre années sur dix, les admissions des cas de MAS sans complications ont atteint le nombre attendu, et en 2011 et 2017, les cas admis étaient respectivement de 175% et 150% plus élevés que les cas attendus. La comparaison des résultats des deux pays est difficile du fait de la multitude de déterminants interagissant, ainsi que de la différence des méthodes utilisées pour estimer les cas attendus.

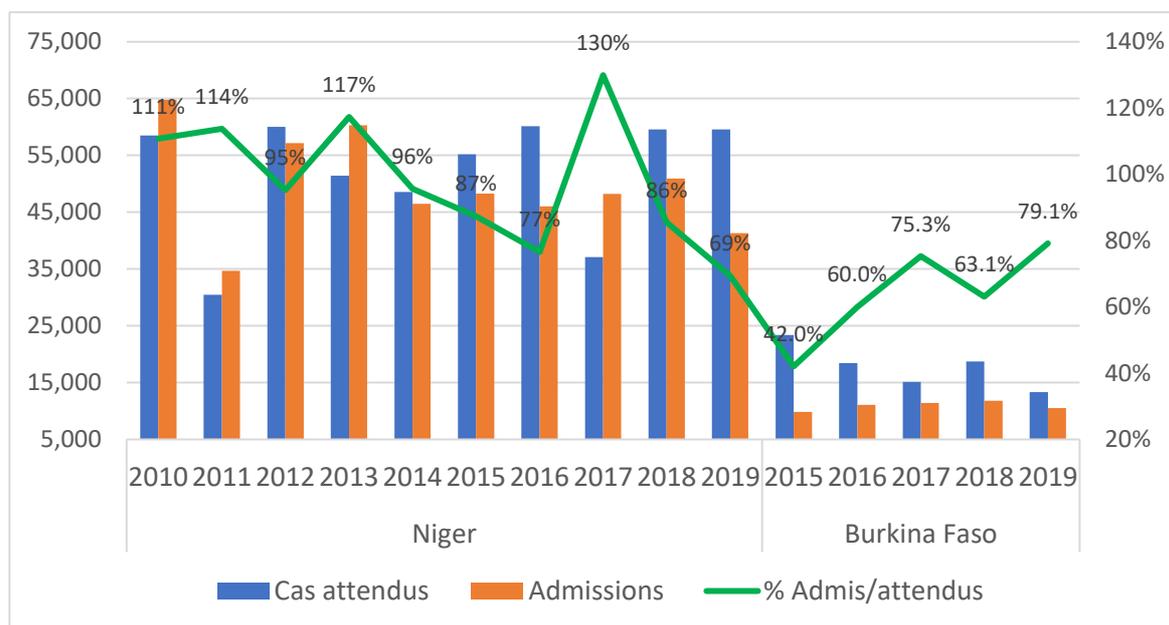
Figure 2 : Cas MAS sans complications attendus versus admis ; Niger (2010-2019) et Burkina Faso (2015-2019)



Source : Enquêtes SMART et UNICEF 2020 Bases de données PCIMA.

39. La même tendance inversée est retrouvée en comparant les cas attendus aux cas admis en interne dans les deux pays (Figure 3). Au Burkina Faso, les nouvelles admissions ont progressivement augmenté mais les attentes n'ont pas été satisfaites. Au Niger, sept années sur dix, les admissions de cas de MAS avec complications ont plus ou moins atteint le nombre de cas attendus ; en 2017 où elles ont dépassé les cas attendus (130%) ; et en 2016 et 2019, elles étaient en deçà des cas attendus (77% et 69% respectivement). Les tendances des admissions annuelles sont déterminées en grande partie par les deux régions de Maradi et Zinder qui totalisent en moyenne 60% des cas de MAS avec complications, et dans une moindre mesure par la région de Tahoua qui représente 16% des cas.

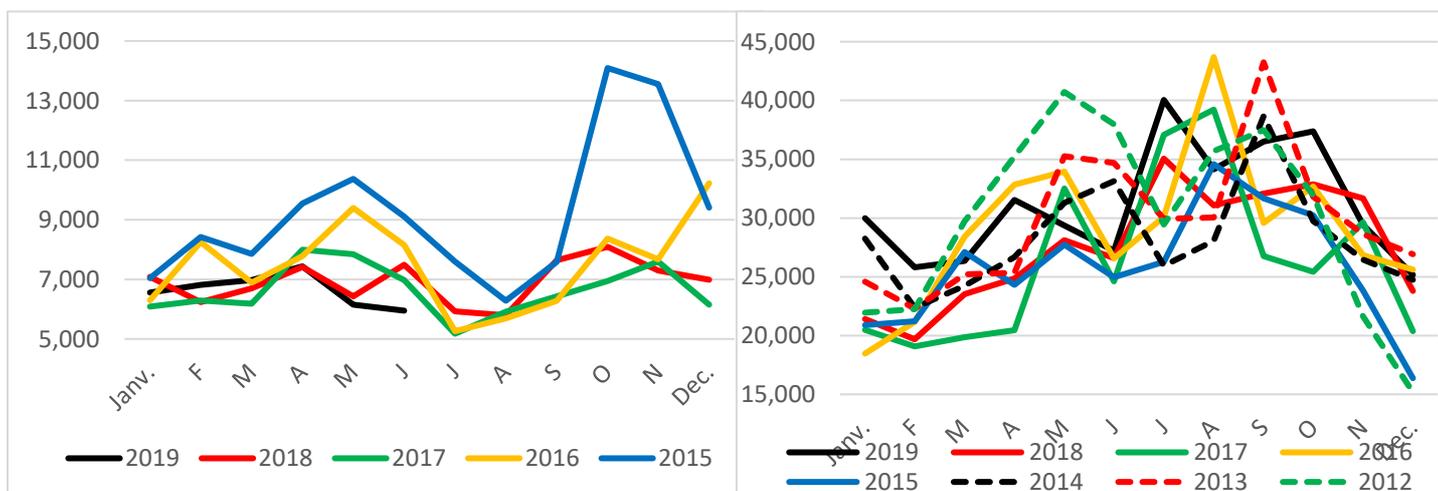
Figure 3 : Cas MAS avec complications attendus versus admis ; Niger (2010-2019) et Burkina Faso (2015-2019)



Source : Enquêtes SMART et UNICEF 2020 Bases de données PCIMA.

40. La saisonnalité des nouvelles admissions des cas de MAS *sans complications* dans les deux pays est comparable, mais la distribution bimodale avec des pic jumeaux en avril/mai et octobre/novembre est plus prononcée au Burkina Faso qu'au Niger (Figure 4). Pour les années 2017, 2018 et 2019 (jusqu'en juin), l'évolution est en dents de scie au Burkina Faso. Les pics pourraient s'expliquer par la survenue des pathologies infantiles telles que les infections respiratoires aiguës pour le premier pic, et la période de soudure et de paludisme pour le deuxième pic., Les ruptures de stocks d'ATPE, les déplacements des populations ou de difficulté d'accès du fait de l'insécurité pourraient également être des facteurs explicatifs de ces pics.

Figure 4 : Tendances des admissions mensuelles des cas de MAS ambulatoire, Burkina Faso (2015-2019), figure à gauche, et Niger (2020-2019), figure à droite

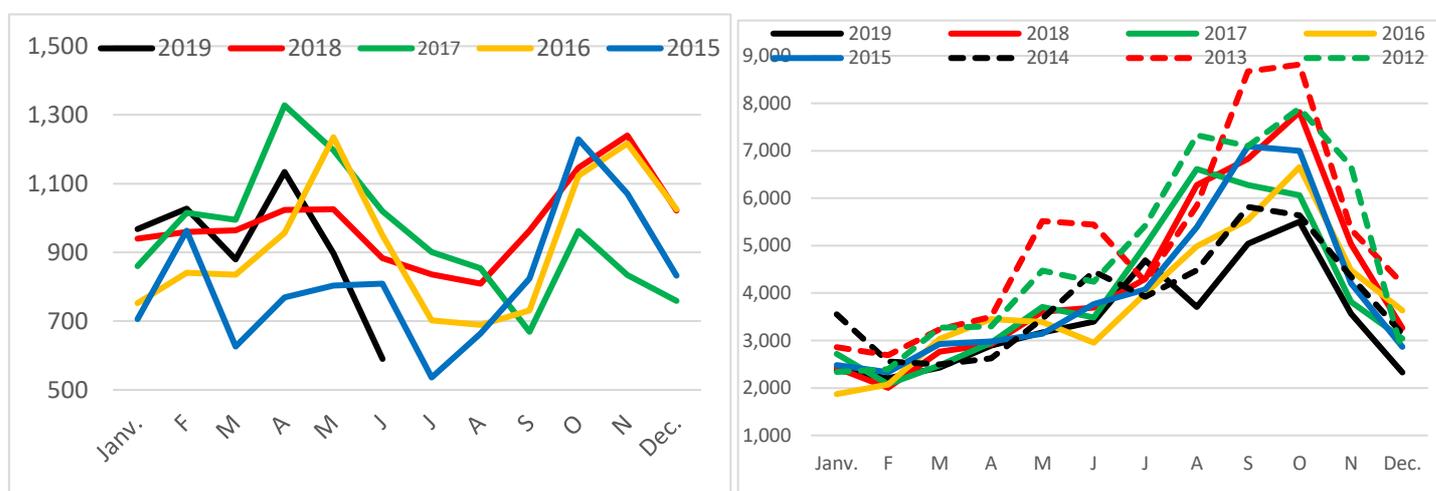


Source Burkina Faso : Données fournies par l'UNICEF Burkina Faso.

Sources Niger : UNICEF 2020 Bases de données de PCIMA (les données régionales de 2010 et 2011 manquent).

41. La saisonnalité de nouvelles admissions de cas de MAS avec complications dans les deux pays est moins comparable (Figure 5). Les pics jumeaux se retrouvent légèrement en 2015 au Burkina Faso tandis qu'au Niger, on les retrouve en 2018. Comme pour les cas de MAS sans complication, la distribution bimodale avec des pic jumeaux en avril/mai et octobre/novembre demeure plus prononcée au Burkina Faso qu'au Niger. D'après la littérature, ce phénomène de pics jumeaux est rare. Il a également été retrouvé dans des contextes sahéliens comme au Soudan, au Sud Soudan et au Tchad¹⁹. Les deux pics auraient des causes différentes. Le premier pic pourrait être dû à des causes multiples qui vont au-delà de l'insécurité alimentaire, tandis que le deuxième pic pourrait être lié à la conjugaison des effets du paludisme, des maladies diarrhéiques et de la soudure. De plus, la couverture de traitement basse pourrait cacher les vraies variations.

Figure 5 : Tendances des admissions mensuelles des cas de MAS en interne, Burkina Faso (2015-2019), figure à gauche, et Niger (2020-2019), figure à droite



Source Burkina Faso : Données fournies par l'UNICEF Burkina Faso.
 Source Niger : UNICEF 2020 Bases de données PCIMA.

42. Les entretiens individuels au niveau des structures sanitaires et les discussions de groupes au niveau communautaire ont identifiés des obstacles multiples à l'accès aux services de PCIMAS, p. ex. la distance géographique, les obstacles climatiques, des facteurs culturels de restrictions des femmes non-accompagnées et autres, le coût de transport, l'insécurité, le coût-opportunité de participer aux consultations, la confiance aux services, le comportement incorrect du personnel de santé.

9.2.1.3 PCIMAS de qualité

Performance de la prise en charge ambulatoire

43. D'après les protocoles nationaux de PCIMAS des deux pays, les indicateurs de performance de la PICMAS en ambulatoire, qui attestent une bonne qualité des soins incluent :

- un taux de guérison supérieur à 75%,
- un taux de décès inférieur à 3% et
- un taux d'abandon inférieur à 15%.

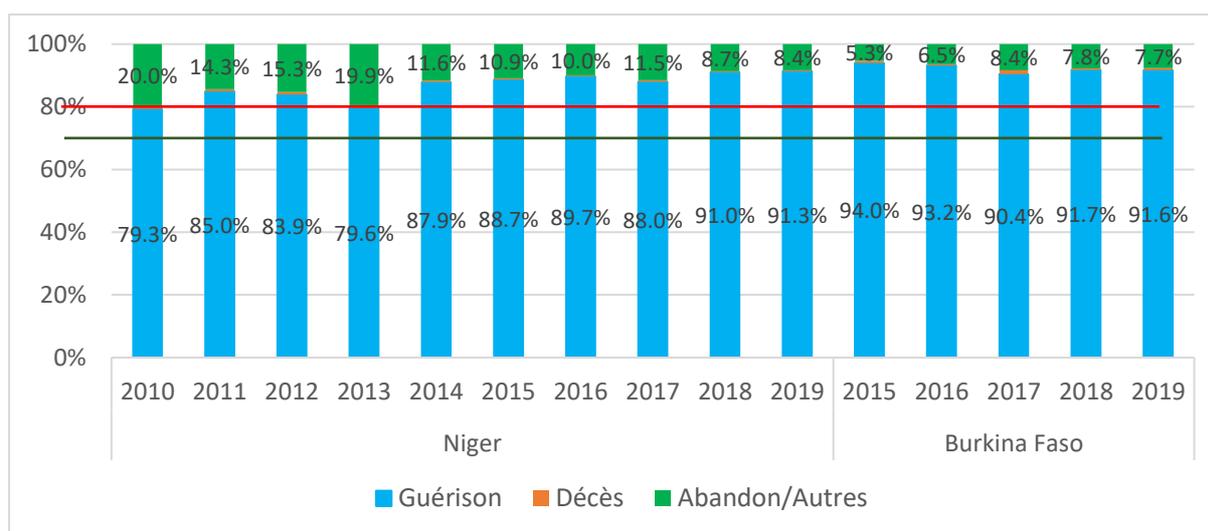
Dans l'ensemble, la performance de la PCIMAS au Burkina Faso et du Niger s'est rapprochée de ces niveaux de performance sauf de petites fluctuations au fil du temps et à travers les régions (Figure 6).

44. **Chaque année ces indicateurs montrent un bon niveau de performance au Burkina Faso, bien que le taux de guérison et le taux d'abandon se soient légèrement dégradés.** Au niveau des régions, les

indicateurs sont aussi restés dans les limites admises à l'exception de la région du Centre en 2017 (taux de guérison de 73.4% et taux d'abandon de 15.9%) et de la Boucle du Mouhom en 2017 (taux d'abandon de 17.2%). La bonne performance traduit l'efficacité du programme au cours de la période 2015-2019, tant dans les régions en situation d'urgence que dans les régions stables.

45. **Au Niger, durant la période 2010-2019, le taux de guérison est resté dans la limite admise du protocole national, avec un taux de décès extrêmement bas. Le taux d'abandon a été élevé en 2010, 2012 et 2013** (20,0%, 19,9% et 15,3% respectivement), ce qui pourrait cacher un nombre de décès non-confirmé. Les indicateurs par région montrent une image similaire : en général, les taux de guérison sont acceptables sauf pour Agadez et Niamey en 2010, et les taux d'abandon entre les années 2010 à 2013 ou 2014 à Diffa, Dosso, Maradi, Niamey, Tahoua, Tillabéri et Zinder sont élevés en présence d'un taux de décès très bas.
46. Bien que les indicateurs nationaux et régionaux montrent une bonne performance en moyenne dans les deux pays, la qualité perceptible de la prise en charge n'est pas toujours homogène ou bonne. **Les raisons citées qui influencent négativement la qualité de prestations incluent : une insuffisance en quantité et en qualité du personnel de santé, notamment en période de pic au niveau des CSI quand les activités de PCIMAS sont transférées aux volontaires ; le manque de motivation financière ; les supervisions non-intégrées ou n'incluant pas les activités de nutrition ; les activités de PCIMAS considérées comme des activités de l'ONG ; les fréquentes ruptures en intrants.**

Figure 6 : Performance de la prise en charge de la MAS sans complications ; Niger (2010-2019) et Burkina Faso (2015-2019)



Seuil de taux de guérison > 75% (ligne vert), seuil de taux de décès < 3%, et seuil de taux d'abandon < 15% (ligne rouge).

Source : Enquêtes SMART et UNICEF 2020 Bases de données PCIMA

Performance de la prise en charge en interne

47. D'après les protocoles nationaux de PCIMAS des deux pays, les indicateurs de performance de la PICMAS en interne, qui évaluent la qualité des soins, incluent :

- un taux de cas traités avec succès supérieur à 75% (c.à.d., les complications sont traitées et se résolvent),
- un taux de décès inférieur à 10% et
- un taux d'abandon inférieur à 15%.

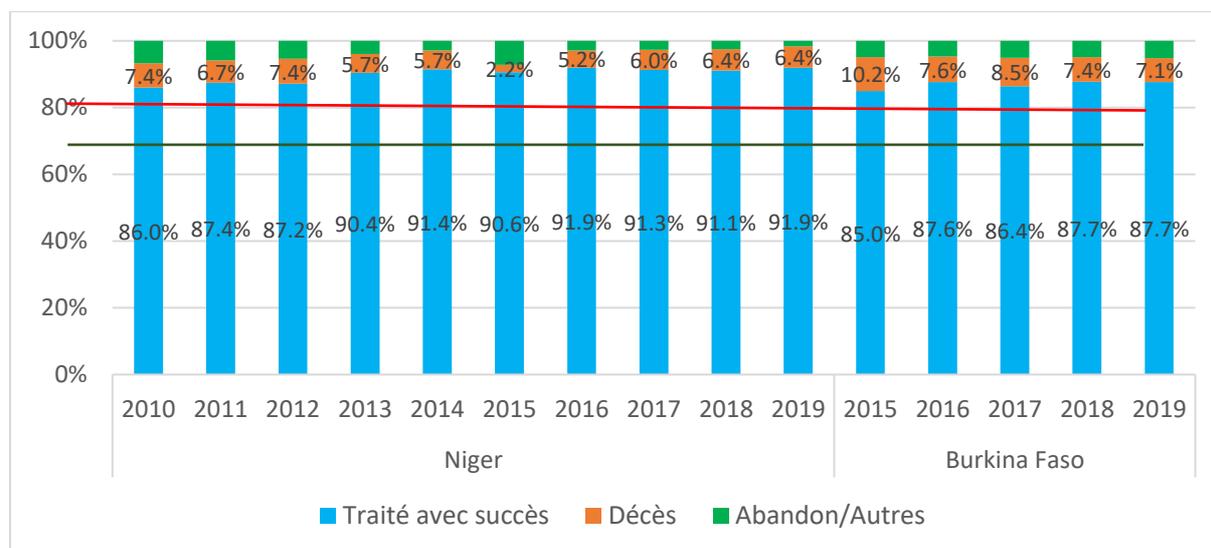
La même tendance est observée pour la performance de la PCIMAS en interne, où, pour les deux pays, les niveaux de performance sont restés en moyenne par an, dans les limites recommandées par leurs protocoles nationaux, avec des petites fluctuations au fil du temps et à travers les régions (Figure 6). Cependant, ils sont moins élevés que ceux de la PCIMAS en ambulatoire.

48. Au Burkina Faso, la PCIMAS en interne indique un bon niveau de performance chaque année. Le taux de traités avec succès et le taux de décès cumulés au niveau national se sont légèrement améliorés, et le taux

d'abandon est resté stable autour de 5% durant les cinq années. Dans la plupart des régions, à l'exception de la région Hauts Bassins, le taux de guérison était acceptable en 2015 et 2017. Le taux de décès a dépassé la norme dans la Boucle de Mouhoun en 2015, dans les Cascades en 2015 et 2017-2019, au Centre en 2017, au Centre-Sud en 2018, à l'Est en 2016, dans les Hauts Bassins en 2015 et 2017, dans le Plateau Central en 2019, et au Sahel de 2015 à 2019. Le taux d'abandon a fluctué dans diverses régions en fonction des années, mais n'a jamais dépassé le seuil.

49. Au Niger, les indicateurs sont restés dans les limites admises du protocole national durant la période 2010-2019. Le taux de décès était le plus élevé en 2010, ce qui peut être expliqué par la plus grande proportion d'enfants admis en interne qui correspondait à la période d'une crise nutritionnelle grave dans laquelle le pays se trouvait. Les indicateurs de performance par région montrent que le seuil du taux de décès a été dépassé à Niamey en 2011 et à Tillabéri en 2010, et le seuil d'abandon a été dépassé à Diffa en 2010 et en 2012.
50. Pour les deux pays, la raison donnée par les agents de santé et partenaires de mise en œuvre interviewés pour cette bonne performance de la PCIMAS en interne est le fait que plusieurs insuffisances ont été corrigées, permettant d'améliorer la qualité de la prise en charge. Entre autres les mesures suivantes ont été introduites : le dépistage précoce des cas de malnutrition, l'équipement des structures sanitaires en matériels adéquats, la fourniture en laits thérapeutiques et en médicaments, ainsi que la formation du personnel à la bonne gestion de complications médicales. Tout ceci associé à la gratuité des soins qui a permis de résorber les références tardives, causes principales des taux de décès auparavant élevés.

Figure 7 : Performance de la prise en charge de la MAS avec complications ; Niger (2010-2019) et Burkina Faso (2015-2019)



Seuil de taux de traité avec succès > 75% (ligne vert), seuil de taux de décès < 10%, et seuil de taux d'abandon < 15% (ligne rouge).

Source : UNICEF 2020 Base de données PCIMAS

9.2.1.4 Couverture de traitement de PCIMAS

51. La couverture de traitement de la MAS, défini par la proportion des enfants MAS dans la population qui est effectivement admise au programme de PCIMAS, est un indicateur d'efficacité. Cet indicateur combine les effets de différentes activités du programme telles que : l'efficacité du dépistage et de la sensibilisation de la communauté, la confiance dans les soins offerts, la proximité des services de, la disponibilité des intrants. Cet indicateur mesure un phénomène rare et est estimé par des enquêtes de population avec

des méthodes directes adaptées¹³. Le seuil de la couverture de traitement de la MAS acceptable est de 50% pour les zones rurales, 70% pour les zones urbaines, et 90% dans les camps de réfugiés²⁰. Au Burkina Faso, les résultats de 8 enquêtes de couvertures réalisées dans certains districts du pays au fil des années font état d'une faible couverture (à voir, inférieure à 50%), se traduisant dans un faible accès aux services par les populations malgré une bonne couverture géographique. Au Niger, les résultats de 15 enquêtes de couverture conduites entre 2010 et 2019 donnaient des estimations de couverture variant entre 19,7% (Keita, Tahoua, 2014) et 59,8% (Commune de Tillabéri, Tillabéri, 2015) avec une médiane de 31,4%. Deux des 15 lieux enquêtés ont montré une bonne couverture avec des estimations au-dessus du seuil de zone rurale de 50%. Au fil du temps, l'amélioration des résultats variait d'une zone à une autre. Par exemple, les taux dans les trois enquêtes conduites à Keita de 2012 à 2014 variaient de 21,4% à 28,1%, puis à 19,7%. Ceux de Tanout en 2014 étaient bien meilleurs que l'année d'après. Ces estimations ne sont représentatives que dans les districts respectifs, en général appuyés par une ONG. Cependant, elles donnent une indication sur la manière d'apprécier la couverture de traitement dans d'autres contextes similaires.

52. Les niveaux d'atteintes des résultats escomptés de la PCIMAS au Burkina Faso et au Niger sont évalués selon les standards décrits dans les protocoles nationaux respectifs et sont synthétisés dans le tableau 6.

Tableau 6 : Niveaux d'atteintes des résultats escomptés de la PCIMAS au Burkina Faso (2015-2019) et au Niger (2010-2019)

Résultats attendus au début du programme	Résultats atteints au Burkina Faso (2015-2019)	Appréciation du niveau d'atteinte des résultats	Résultats atteints au Niger (2010-2019)	Appréciation du niveau d'atteinte des résultats
R 1 Couverture géographique des services de PCIMAS dans toutes les structures sanitaires étatiques avec compétence.	En 2018, toutes les structures sanitaires offraient les services de traitement de la MAS. En 2019, la couverture était de 119%, les services étant aussi offerts par des centres satellites et des structures sanitaires privées et/ou confessionnelles.	Bon niveau	En 2019, il y a 1231 CRENAS : 1082/1093 (99%) CSI, 98/2336 (4%) cases de santé, et 51 équipes mobiles ; et 51 CRENI : 51/66 (77%) hôpitaux.	Bon niveau
R 2 Accès aux services de PCIMAS selon le fardeau dans la communauté / les cas incidents estimés au début de l'année.	Entre 2015 et 2019, le nombre des nouvelles admissions avec MAS a fluctué entre 120 691 (2015) et 81 747 (2019) avec une moyenne annuelle de 40 487 cas. Le nombre d'admissions ambulatoire varient entre 110 859 (2015) et 71 217 (2019) ; le nombre d'admissions en interne varient entre 9832 (2015) et 10 530 (2019). Ces admissions sont en deçà des cibles pour chaque année.	Niveau partiel	En moyenne chaque année, 384 060 cas de MAS ont été admis. Les cas MAS avec complications variaient entre 10% et 17% (13% en moyenne, moins que le 20% attendu). La tendance annuelle des nouvelles admissions ne suit pas la gravité du taux de prévalence et ne reflète pas l'augmentation de la population d'enfants (de 3,4 à 4,6 millions en 10 ans).	Niveau partiel
R 3 Performance des activités au niveau communautaire pour sensibiliser les communautés et dépister tous les	La sensibilisation des communautés et le dépistage communautaire et référencement sont faits par les ASBC. En moyenne, 72.3% et 82.4% d'enfants ciblés ont été dépistés pour les années 2017 et 2018, respectivement.	Niveau partiel	La sensibilisation des communautés et le dépistage communautaire et référencement est fait par les relais communautaires formés qui sont plus ou moins motivés selon le contexte de supervision et d'appui par les acteurs communautaires. Le suivi à	Niveau partiel

¹³ Les différentes méthodes pour estimer la couverture directe de la PCIMAS et/ou la PCIMAM dans la population permettent aussi d'identifier les boosters et les obstacles à l'accès aux services. Le SQEAC (*Semi-Quantitative Evaluation of Access and Coverage* - Évaluation semi-quantitative de l'accessibilité et de couverture) emploie des méthodes mixtes de données de routines, d'enquêtes et de discussions informels, et donne une estimation de couverture de pointe et/ou de durée. Le SLEAC (*Simplified Lot Quality Assurance Sampling of Access and Coverage* - Évaluation simple de l'accessibilité et de couverture utilisant la méthode statistique d'échantillonnage LQAS) est une méthode conçue pour évaluer la couverture d'un programme d'une grande zone à travers beaucoup d'unités de service. Son application permet d'avoir rapidement une vue d'ensemble et par une classification de couverture par unité (élevée, moyenne ou faible). Le Simple, Spatial, Survey Method (S3M) est une autre méthode d'enquête spatiale à large surface.

enfants idéalement une fois par mois dans la communauté.	Le suivi à domiciles des cas problématiques et la recherche des absents et des abandons sont limités.		domiciles des cas problématiques et la recherche des absents et des abandons est limité.	
R 4 Performance des activités au niveau de la prise en charge ambulatoire acceptable selon les critères du protocole national.	Les indicateurs sont restés dans les limites admises des normes nationales tous les ans. Au niveau des régions, les indicateurs sont aussi restés dans les limites admises à l'exception de la région du Centre en 2017 (taux de guérison de 73.4% et taux d'abandon de 15.9%) et de la Boucle du Mouhom en 2017 (taux d'abandon de 17.2%).	Assez bon niveau	Les indicateurs sont restés dans les limites admises des normes nationales, sauf en 2010, 2012 et 2013, où le taux d'abandon a été élevé au-delà de 15%. Probablement ces taux d'abandon élevés cachaient des décès non-confirmés. En outre, en 2010, le taux de guérison a atteint le niveau d'alarme à Agadez et de 2010 à 2014, le taux d'abandon a été instable dans toutes les régions.	Assez bon niveau
R 5 Performance des activités au niveau de la prise en charge interne acceptable selon les critères du protocole national.	Les indicateurs sont restés dans les limites admises des normes nationales. Taux de décès légèrement élevé en 2015 dans toutes les régions, mais s'est amélioré au fil des ans. Taux d'abandon a fluctué dans diverses régions en fonction des années, mais n'a jamais dépassé le seuil critique.	Bon niveau	Les indicateurs sont restés dans les limites admises des normes nationales. En outre, en 2010, le taux de traité avec succès a été à un niveau limite à Diffa, et en 2010 à Tillabéri et en 2011 à Niamey le taux de décès a atteint le niveau d'alarme.	Assez bon niveau
R 6 La couverture de traitement acceptable (au moins 50% en zone rurale) selon le critère internationale SPHERE.	Les résultats de 4 sur 6 enquêtes de couvertures réalisées dans certains districts de 2010 à 2019 font état d'une faible couverture (taux inférieurs à 70% pour la zone urbaine et 50% pour la zone rurale). Deux districts Thiou et Séguénéga montrent en 2019 un taux de 50.2% et 50,1% respectivement, ce qui est égal au seuil des standards SPHERE de 50% recommandé en zone rurale.	Niveau partiel	Le taux de couverture de traitement de la MAS investigué selon les méthodes directes a été bonne dans 2 des 15 enquêtes. Le taux variait entre 21,4% et 59,8% (médiane de 31,4%).	Niveau partiel à faible

9.2.2. Facteurs contributeurs et inhibiteurs à l'atteinte des objectifs du programme PCIMAS

53. D'après les entretiens individuels au niveau national, régional et du district, les facteurs contributeurs et inhibiteurs à l'atteinte des objectifs de la PCIMAS qui ont été identifiés dans les deux pays, ainsi que les mesures correctrices des facteurs inhibiteurs sont :

Tableau 7 : Facteurs contributeurs et inhibiteurs à l'atteinte des objectifs du programme PCIMAS

Facteurs contributeurs	Facteurs inhibiteurs	Mesures correctrices des facteurs inhibiteurs
Niveau stratégique		
Engagement des autorités nationales, volonté politique exprimée dans les politiques compréhensives, intégrées et adaptées	Gestion verticale et centralisée au niveau central ; gestion au niveau de la région et du district sanitaire par les points focaux nutrition avec un pouvoir décisionnel faible	Tentatives de coordination d'un continuum des soins entre les directions et les divisions

Appui financier des bailleurs humanitaires	Difficultés à capitaliser sur la composante communautaire	Au Burkina Faso, plaidoyer actif pour financement auprès des partenaires non-traditionnels (p. ex. Banque Mondiale ou l'Initiative <i>Power of nutrition</i> , Mouvement SUN) ; au Niger, la feuille de route de l'engagement de reprise graduelle du financement par l'État développée et validée
Connaissance et appui technique coordonnées dans des groupes techniques	Manque de système de gestion des connaissances avec accès digitale ; faible accès aux nouvelles connaissances par les agents de santé de la périphérie / du terrain	Participation aux études pilotes, ateliers et réunions ; Renforcement de la formation de base aux institutions de santé et nutritionnelles Implication de chercheurs locaux et diffusion des résultats de leurs études/évaluations
Disponibilité des intrants nutritionnels facilitée par la production locale	Difficulté de transporter les intrants du district aux structures sanitaires, et faiblesse du système de gestion des intrants à la périphérie (p. ex. commandes, conditions de stockage) provoquant des ruptures	Appui à la livraison jusqu'au 'dernier kilomètre' ; options à explorer au Burkina Faso : renforcement des capacités des districts sanitaires, identification des prestataires privés, et renforcement de la CAMEG ; au Niger : engagement de la collectivité locale et de la diaspora ; renforcement de l'ONPPC
Gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans depuis 2006 au Niger et depuis 2016 au Burkina Faso	Retard de transfert des ressources dans le cadre de la décentralisation ; délai de remboursement et/ou de couvrement des coûts	Fourniture ou facilitation de l'obtention d'un appui financier par le biais des partenaires de mise en œuvre
Niveau opérationnel		
Système de formation avec équipes de formateurs expérimentés contribuant à une large base d'agents formés	Importante rotation du personnel de santé, postes vacants, absences régulières	Renforcement à l'intégration du protocole de PCIMAS dans le curriculum des écoles de formation, afin que les agents de santé soient capables de délivrer les services de qualité quel que soient leurs lieux d'affectation
Intégration du dépistage dans les sorties foraines, campagnes de masse	Faible motivation des agents de santé à base communautaire / relais communautaires	Initiatives locales (de la communauté, de la collectivité) pour appuyer les agents de santé de la périphérie et les volontaires communautaires dans leur travail ; dépistage de masse intégrées dans d'autres actions mises en œuvre qui bénéficient encore de financements (p. ex. supplémentation en vitamine A, campagnes de CPS)
Accès géographique élargi et passage effectif à l'échelle	Accès menacé par l'insécurité ; Difficultés à maintenir la composante communautaire de manière durable ; Faible couverture de traitement ; difficultés d'accéder et de séjourner à l'hôpital pour les accompagnants pauvres ; Pas de suivi des références	Décentralisation plus accrue des soins à base communautaire à travers le protocole simplifié, l'approche PB-mères

lors du dépistage de masse couplé à la campagne CPS

Prise en charge par les agents de santé de l'État, dans les structures sanitaires étatiques	Faible motivation des agents de santé par une faible supervision ; Présence et appui des partenaires diminuant	Supervisions d'activités de la PCIMAS intégrées à celles du PCIME, de l'ANJE pour plus d'efficience.
---	--	--

9.2.3. Effets non attendus des interventions de PCIMAS

54. Des effets non-attendus positifs et négatifs des interventions de PCIMAS, identifiés dans les deux pays d'après les entretiens individuels au niveau national, régional et du district sont identiques en certains points, mais chaque pays présente des particularités.

Effets positifs. Dans les deux pays, la disponibilité des intrants nutritionnels et la gratuité des soins ont été citées comme des éléments favorables à l'accès aux soins de PCIMAS. De même, l'augmentation de la fréquentation des services de vaccination, de planning familial et du nombre de consultations prénatales (CPN) en comparaison aux années précédentes a été identifié par les participants à l'évaluation dans les deux pays. Mais, les preuves manquent. D'autres effets positifs identifiés au Niger sont l'amélioration de la planification, de la gestion et du suivi des données de nutrition, et de la coordination des activités de nutrition.

Effets négatifs. L'utilisation inappropriée des ATPE par les mères d'enfants malnutris (partage avec la fratrie ou dilution dans le repas familial) a été identifiée d'après les entretiens individuels au niveau des structures sanitaires sont : Les communications pour le changement social et de comportement ont permis de réduire ces pratiques nocives bien qu'il y ait encore des résistances. Les cas d'abandons au niveau de la prise en charge en interne ont été observés lorsque l'appui alimentaire fourni aux mères ou aux accompagnants d'enfants n'a pas été assuré. Pour la prise en charge en ambulatoire, les abandons sont fréquents pendant les périodes de ruptures d'intrants. La vente des ATPE sur le marché local a été mentionné dans les deux pays. Au Burkina Faso, l'ATPE est appelé 'chocolat' et est très apprécié par les communautés en général. La traçabilité conduite par le Ministère de la Santé au Burkina Faso a avéré que ces ATPE vendus sur le marché local provenaient des pays voisins, le logo identifié sur les sachets n'étant pas celui des ATPE produits au Burkina Faso.

9.2.4. Contribution des campagnes nationales de dépistage

55. Dans les deux pays, le dépistage de la MAS chez les enfants de moins de 5 ans greffé aux campagnes sanitaires nationales a grandement contribué à l'identification des enfants malnutris dans la communauté, qui est censé se faire une fois par mois. Au Burkina Faso, le dépistage de masse se fait par les campagnes de porte-à-porte pour la supplémentation en vitamine A et déparasitage deux fois par an et de chimio prévention de paludisme saisonnier (CPS) quatre fois par an. Au Niger, les sorties foraines, les semaines survies de l'enfant, les campagnes de vaccination et de CPS, et les distributions gratuites ciblées de vivres aux ménages vulnérables, offrent les possibilités de dépistage de masse. Aux deux pays, le dépistage de masse s'ajoute aux activités régulières de dépistage actif que font les ASBC ou les RC et l'approche PB-mère dans la communauté. Les résultats de dépistage de masse provoquant des pics de cas de MAS référés, sont pris en compte dans la planification des soins, p. ex., pour la commande des intrants nutritionnels et des médicaments.

9.2.5 Profil des ménages bénéficiant du programme de PCIMAS (au Niger)

56. Au Niger, les entretiens individuels au niveau de district ont assuré que tous les types de ménages sont retrouvés dans le programme PCIMAS. Ce sont les facteurs tels que l'accès aux services, les aspects sociaux, économiques et culturels qui font que certains profils sont plus représentés que d'autres. En termes d'accessibilité, on retrouve fréquemment les enfants de ménages vivants à proximité des structures sanitaires. Ceux vivant loin ont des difficultés d'accès surtout en saison de pluies, et dans

certaines régions, on remarque que ces ménages éloignés des structures sanitaires viennent avec les cas les plus graves et compliqués de malnutrition.

57. Les enfants de ménages ayant des caractéristiques qui les rendent vulnérables sont également fréquemment rencontrés. Ce sont notamment les enfants orphelins ou les enfants vivants avec la grand-mère du fait du divorce des parents ; les enfants des familles réfugiées ; les enfants avec un handicap mental et/ou physique ; les enfants de parents saisonniers (ils vivent au village pendant la saison des récoltes, et reviennent en ville pendant les autres saisons pour se trouver une source de revenus) ; les enfants de femmes dont le mari est en exode ; les enfants des parents avec une maladie ou handicap mental ou physique.
58. Le revenu du ménage a aussi été identifié dans les discussions de groupe comme une caractéristique qui influence la nutrition des enfants. Le plus souvent les enfants des ménages les plus pauvres sont plus représentés dans le programme que ceux des ménages plus nantis. Enfin, certaines normes culturelles font que les profils des ménages ne sont pas équitables dans le programme. Les discussions avec les informateurs clés ont fait ressortir que certains hommes/chefs de ménage de certaines ethnies ne prennent pas soin de leurs femmes/enfants comme dans d'autres ethnies. Leurs femmes vivent dans des conditions extrêmement difficiles, ce qui a un impact sur l'état nutritionnel de leurs enfants.

9.2.5 Intégration des interventions ANJE dans le programme de PCIMAS (au Niger)

59. Au Niger, selon les interviewés au niveau du district, depuis 2014, les formations sanitaires s'efforcent de renforcer la mise en œuvre de l'ANJE dans les CSI et au sein des communautés avec l'appui du MSP, de l'UNICEF et de certaines ONG. Pour la plupart des planificateurs, les interventions ANJE sont intégrées dans le programme PCIMAS car elles font partie du paquet minimum d'activités, les agents sont formés et des sensibilisations sont faites au niveau des centres de santé avant la distribution des ATPE. Mais la réalité du terrain est toute autre. Bien que la plupart des agents de santé ont été formés pour la mise en œuvre des interventions ANJE, les sensibilisations et démonstrations culinaires ne sont pas systématiquement faites au niveau des CSI. La couverture reste extrêmement limitée, essentiellement en raison de l'insuffisance des ressources humaines, matérielles et financières. Ces interventions ne sont bien réalisées que dans les cases de santé où on retrouve une assistante sociale responsable des activités ANJE, généralement grâce à l'appui d'un partenaire. Cependant, même dans ces cases de santé appuyés par un partenaire, il manque parfois des intrants pour les démonstrations culinaires bien que les ustensiles soient disponibles.
60. De même ces activités au niveau du case de santé devrait être appuyées au sein de la communauté par un suivi à domicile par les RC, mais, selon certains groupes de discussions au niveau communautaire, ce suivi semble n'être assuré que lorsque les RC sont pris en charge par un acteur communautaire. Il a tout de même été identifié un district sanitaire n'ayant pas d'hôpital qui a su tirer parti du soutien de sa communauté en développant des activités locales avec l'appui de la collectivité. Les RC de ce district sanitaire font la promotion de l'ANJE en communauté à travers les sensibilisations à domicile, le référencement, la promotion du lavage des mains, les sensibilisations sur l'alimentation de l'enfant malade, les démonstrations culinaires.
61. Les sensibilisations ANJE ont un effet considérable sur les connaissances des mères et leur prise de conscience. Mais il a été dit dans certains entretiens des agents de santé qu'elles ne semblent pas suffisantes pour modifier les comportements et pratiques en milieu communautaire. De même, le suivi régulier à domicile par les RC est validé important pour s'assurer de la mise en pratique des conseils reçus au niveau des CSI, mais les visites restent irrégulières et non intégrées dans un cadre d'appui permanent.

9.2.6 Efforts pour contrôler et rationaliser l'utilisation des ATPE (au Niger)

62. La plupart des difficultés relatives à l'utilisation des ATPE identifiées à travers les discussions de groupes au niveau communautaires et la revue documentaire sont liées à la gestion, au transport et au stockage :

- Difficultés rencontrées dans l'estimation des besoins exprimés par les CSI au district sanitaire, qui à son tour rassemble les commandes des CSI, peuvent provoquer des commandes inexactes et ensuite entraîner des ruptures éventuelles.
- Absence de fonds au niveau DS pour le transport des intrants nutritionnels vers les cases de santé.
- Absence de document de gestion faisant état de la traçabilité dans la réception et la distribution de l'ATPE aux enfants malnutris sévères : non archivage des bons de commande, des bordereaux de livraison, des accusés de réception, des fiches de stock.
- Duplications dans les livraisons de médicaments et d'aliments thérapeutiques prêts à l'emploi, rendant ainsi difficile le suivi correct de la gestion des stocks.
- Absence de suivi des mouvements du stock dans les magasins : Fiches de stock mal remplies et incomplètes, ou absentes au niveau des DRSP, des districts sanitaires et des CSI.
- Absence de magasin pour le stockage des ATPE dans certains districts sanitaires. Certains stockent les ATPE dans un conteneur qui ne dispose pas de lumière ; et encore moins de climatiseur pour maintenir la qualité des ATPE. Les ATPE ainsi conservés deviennent très liquides au toucher.
- Mauvais entreposage des ATPE dans certains magasins, sans aucun plan d'archivage, ils sont exposés à la consommation des rats.
- Absence de magasin propre au stockage des ATPE dans les hôpitaux. Les ATPE sont stockés au même endroit que les autres intrants/équipements de l'hôpital (savon, médicaments). Les ATPE ne sont pas dans les conditions de stockage adéquates.

9.2.7 Contribution au renforcement des systèmes (central, régional, district, collectivité locale) (au Niger)

63. **La gouvernance** : selon les entretiens au niveau national, la PCIMAS a grandement renforcé la visibilité de la DN au niveau du MSP, lui permettant de disposer des ressources nécessaires pour la coordination des activités et des acteurs ; d'élaborer et de mettre en place les politiques et protocoles nationaux ; de créer et diriger des groupes de travail techniques et de mettre en place un système de coordination aux niveaux national et régional même si ce dernier est encore fragile.
64. **Le financement** : de fonds humanitaires ont été mobilisés pour la formation, le renforcement des capacités, la supervision et le paiement des salaires des agents de santé ; l'achat des intrants et équipement ; la production de supports de collecte de données ; le monitoring et l'analyse des données ; la mise en place des CRENI et CRENAS dans les structures sanitaires ; la mise en œuvre des approches innovantes ; malheureusement, ils n'étaient pas quantifiables.
65. **Les ressources humaines** : la PCIMAS a permis au personnel de santé de bénéficier en termes de formation et d'expérience : formations en cascade du personnel ; recyclage et renforcement des capacités ; recrutement d'un personnel d'appui, recrutement et formation des RC sur les pratiques familiales essentielles, sur la prise des PB et le référencement des enfants malnutris, les démonstrations diététiques et culinaires.
66. **Les prestations de services** : les hôpitaux ont reçu un appui pour le renforcement des services de pédiatrie en équipements et la réhabilitation des locaux ; les ressources de PCIMAS ont renforcé les services de SME tels que les CPN, le planning familial et le programme de vaccination. De nouvelles initiatives nées de la PCIMAS telles que les approches *PB-mères* et *CMAM Surge* sont actuellement mises en œuvre pour d'autres intérêts de santé.
67. **Le système d'information sanitaire** : l'appui des partenaires a permis un renforcement du système de collecte de données. Des outils plus rigoureux et formels de collecte de données ont été développés et les agents de santé ont été formés sur le rapportage des données. Malgré les défis persistants, la complétude et la promptitude du rapportage ont été améliorées dans l'ensemble. La revue documentaire suggère que les agents de santé ont développé de la curiosité pour la recherche et le sens d'avoir des réflexions systémiques pour l'amélioration des interventions.

68. **La communauté** : les activités communautaires ont été renforcées à travers les dépistages dans les villages, la responsabilisation des groupes communautaires tels que les comités de gestion et les comités sanitaires ; la communication avec collectivité locale surtout pour le transport des intrants.

Conclusions préliminaires EFFICACITE

Efficacite 1 : La PCIMAS en tant qu'approche curative intégrée à l'échelle admet chaque année un grand nombre d'enfants. Son efficacité est évaluée par les indicateurs de performance nationaux qui ont montré une qualité acceptable, mais l'accès aux soins reste précaire (dû aux obstacles multiples, p. ex. la distance géographique, les obstacles climatiques, des facteurs culturels de restrictions des femmes non-accompagnées, le coût de transport, l'insécurité, le coût-opportunité de participer aux consultations) et les activités communautaires sont faibles et manquent les capacités à mitiger les obstacles. (Para : XX à YY). Les campagnes sanitaires nationales qui ciblent les enfants de moins de 5 ans ont greffé le dépistage de MAS, et ainsi renforcent l'accès à la PCIMAS. (Para : YY).

Efficacite 2 : L'engagement des autorités nationales, la gratuité des soins, les agents de santé formés, la disponibilité des intrants sont des facteurs majeurs contribuant au succès de la PCIMAS. Le retard de transfert des budgets sanitaires et du recouvrement des coûts, le manque de personnel (postes vacants, rotation importante, absences) au niveau des structures sanitaires et, enfin, la faible couverture de traitement et des activités communautaires, sont des facteurs inhibiteurs au succès de la PCIMAS. (Para XX).

Efficacite 3 : Les effets positifs clés non attendus incluent l'amélioration des capacités des décideurs et des gestionnaires de santé à tous les niveaux et au fil du temps, et l'augmentation de la fréquentation des autres services de santé (planning familial, vaccination). Les effets négatifs clés non attendus sont l'utilisation inapproprié des ATPE et la gestion inefficace des intrants nutritionnels que le système local n'a pas pu corriger. (Para : YY).

Efficacite 4 : L'appui intensif des PTF à la mise en œuvre de la PCIMAS au fil du temps a créé une dynamique qui a permis de renforcer les fonctions clés du système de santé à plusieurs niveaux. Par exemple, la PCIMAS a renforcé le leadership de la DN, les ressources financières ont facilité la recherche et la mise en œuvre des approches innovantes, les agents de santé et les communautés ont été sujets d'apprentissages multiples et le système de surveillance, et de suivi et évaluation élargi a créé une base consciente. (Para : XX).

9.3. Efficience

Questions communes au Burkina Faso et au Niger

QE 3.1. Pour chacun des domaines d'intervention du programme, dans quelle mesure les ressources financières, humaines et les biens ont été : suffisantes (en termes de quantité) par rapport aux besoins identifiés et aux résultats escomptés ; et adéquates (en termes de qualité) par rapport aux résultats escomptés ? Dans quelle mesure les services délivrés atteignent les standards de qualité et quels sont les facteurs qui ont contribué à l'atteinte de ces standards (ou la non atteinte). Ces services ont-ils été déployés à temps ?

QE 3.2. Dans quelle mesure les stratégies de mise en œuvre du projet ont varié avec le temps ?

QE 3.3. Dans quelle mesure chaque domaine d'intervention a produit ou est en train de produire les résultats escomptés de façon économique (conversion des ressources en extrants et des extrants en changements/effets) et dans le temps ? Quels sont les principaux facteurs ayant influencé le rapport coût/efficacité de la mise en œuvre ?

Questions spécifiques au Niger

QE 3.4. Dans quelle mesure la gestion globale du programme a-t-elle évolué au fil du temps ?

QE 3.5. Dans quelle mesure les mécanismes de prise en charge, y compris le rôle et les responsabilités des divers membres du personnel et des intervenants, sont-ils bien compris et mis en œuvre ?

QE 3.6. Dans quelle mesure des méthodes innovantes ou alternatives pour la mise en œuvre du programme national de PCIMAS sont-elles explorées pour réduire les coûts et/ou maximiser les résultats ?



Discussion de groupe avec les leaders communautaires au CSPS de Bogoya, district de Ouahigouya, Région sanitaire du Nord, Burkina Faso



Entretien avec une mère bénéficiaire au CRENI de l'hôpital du district de Terra, Région de Tillabéri, Niger

9.3.1. Suffisance et adéquation des ressources

9.3.1.1. Ressources financières investies pour la PCIMAS

69. Les analyses des données financières reçues de l'UNICEF ont montré que le montant moyen investi chaque année pour le programme PCIMAS est de 8.6 millions \$US au Burkina Faso et de 14,1 millions \$US au Niger, comme présenté dans le tableau 8. Au Burkina Faso, les montants investis ont augmenté très nettement en 2017 et 2018, reflétant notamment la contribution du gouvernement dans les achats d'intrants PCIMAS, puis ont diminué de plus de la moitié en 2019. Au Niger, les investissements ont été plus importants en 2018 (avec 18,8 millions \$ US), et les plus bas en 2016 (10,2 millions \$ US).

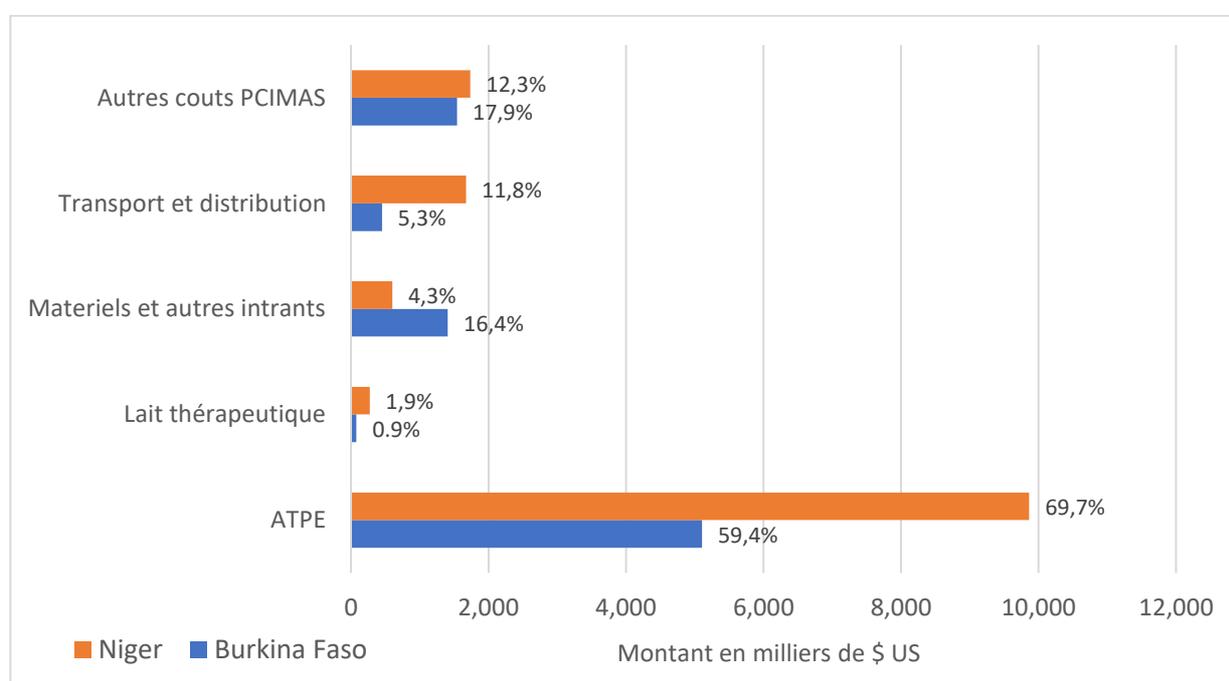
70. Comme on peut le voir dans la figure 8, les ATPE représentent le poste de dépenses le plus important, avec près de 59% du total des coûts au Burkina Faso, et environ 70% au Niger. Le coût combiné des ATPE, du lait thérapeutique, des médicaments, et des équipements et consommables représente environ 77% des dépenses totales au Burkina Faso et 76% au Niger. Ces observations montrent que bien que les financements de la PCIMAS aient été légèrement revus à la baisse au fil des années, la majorité des

dépenses du programme est destinée à la prise en charge des bénéficiaires ; ce qui est en adéquation avec la planification et les résultats du programme (tels que décrits dans le chapitre précédent - efficacité).

Tableau 8 : Coûts investis pour la PCIMAS, en millions de \$ US ; Burkina Faso (2015-2019) et Niger (2015-2019)

Pays \ Année	2015	2016	2017	2018	2019	Moyenne
Burkina Faso	7,1	6,6	11,1	12,8	5,3	8,6
Niger	11,8	10,2	15,9	18,9	14,1	14,1

Figure 8 : Coûts moyens annuels par centre de coûts, en millions de \$ US ; Niger (2015-2019) et Burkina Faso (2015-2019)

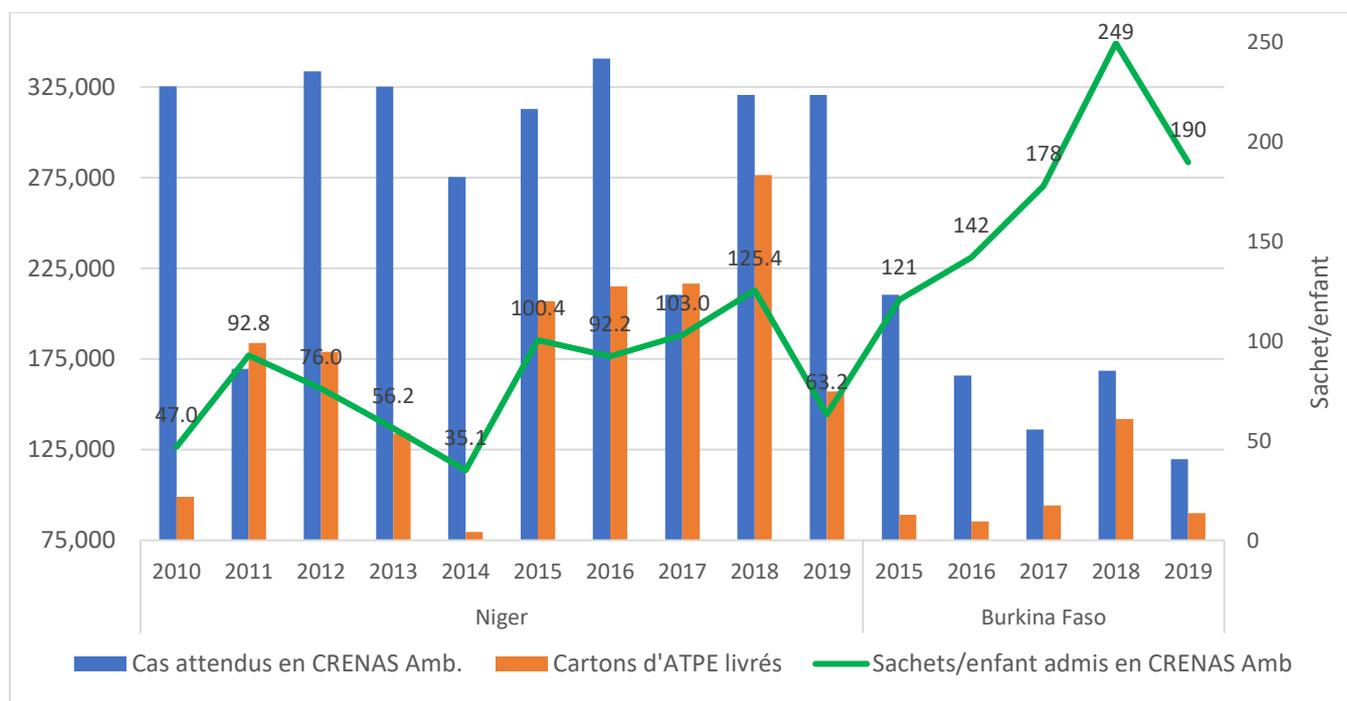


71. La **figure 9** montre la comparaison du nombre de cas attendus de MAS en ambulatoire avec le nombre de cartons d'ATPE livrés à l'UNICEF et aux autres acteurs, afin de déterminer si les ressources financières ont été suffisantes par rapport aux besoins. Les informations sur les quantités d'ATPE livrées proviennent du producteur local d'ATPE, soit Inno Faso au Burkina Faso, et STA au Niger. Au Niger, les quantités d'ATPE ont été inférieures de 40% en moyenne, par rapport au nombre de cas attendus en MAS ambulatoire durant la période 2010–2019. L'écart entre cas attendus et quantités d'ATPE livrées était en moyenne de 53% durant le période 2010–2014 (dont notamment 70% en 2010 et en 2014), et de 29% en 2015–2019. Au Burkina Faso, les quantités d'ATPE ont été en moyenne de 37.5% inférieures au nombre de cas attendus en MAS ambulatoire durant la période sous revue. Le gap s'est progressivement réduit de 58% en 2015 à 49% en 2016, puis à 15%-30% les années suivantes, suite notamment à la contribution du gouvernement à l'achat des intrants PCIMAS (ATPE, laits thérapeutiques) à hauteur d'environ 1 milliard de FCFA en 2017 et 1.5 milliards de FCFA en 2018, et de 330 millions FCFA en 2019.

72. Le nombre de sachets d'ATPE consommés par enfant MAS admis en ambulatoire, obtenu en divisant les quantités totales d'ATPE livrées à l'UNICEF et aux autres partenaires par le nombre d'admissions, est

également présenté dans la figure 9. Au Niger, le nombre de sachets d'ATPE par enfant admis en MAS ambulatoire est estimé à 78,4 en moyenne durant la période 2010–2019, comparé à la recommandation de 150 sachets en moyenne par enfant durant la période de traitement. Ce chiffre moyen sur dix ans cache une amélioration, le nombre ayant progressé de 60,9 en moyenne durant la période 2010–2014 (dont 35,1 en 2014 et 47,0 en 2010), à 95,8 en moyenne durant la période 2015–2019. Au Burkina Faso, la consommation est supérieure à la recommandation de 150 sachets en moyenne par enfant durant la période de traitement, et s'expliquerait notamment par : a) une distribution plus importante d'ATPE aux enfants en raison du contexte d'urgence, b) le partage des ATPE en famille ou leur cession en dehors de la famille ; et c) une durée allongée du traitement.

Figure 9 : Cas attendus, quantités d'ATPE livrées, et sachets d'ATPE/enfant ; Niger (2010-2019) et Burkina Faso (2015-2019)



Source : Bases des données UNICEF sur les admissions ; Données de Inno Faso et STA pour les quantités d'ATPE

9.3.1.2. Ressources humaines : nombre et qualification

73. Au Burkina Faso, au moins deux agents de santé ont été formés en PCIMAS dans chaque CSPS, CMA, CHU et CHR. Cependant, la majorité de ces agents a réclamé une mise à jour des connaissances parce que cela faisait deux ou trois ans qu'ils ont été formés sur le protocole, tandis que de nouvelles directives (protocole simplifié et PB-mère) ont été émises récemment pour lesquelles ils n'ont pas été tous imprégnés. Le souhait formulé est de former plutôt deux à trois agents par structure de santé au lieu d'un seul, en plus de faire la formation initiale dans les écoles de santé, aiderait à atteindre cet objectif. Une difficulté évoquée par les responsables de programme est l'insuffisance des ressources humaines liée au déséquilibre entre les zones rurales et urbaines. Au Niger, au cours de la dernière décennie, une large cohorte d'agents de santé a été formée par un pool de formateurs constitué de nutritionnistes, points focaux de PCIMAS au niveau national, régional, et du district. Les formateurs sont déployés lorsque la nécessité pour une formation se produit (ad hoc) et que des ressources sont mises à disposition par un partenaire.

74. La revue documentaire a indiqué qu'au Niger, un comité dirigé par l'OMS pour la révision du curriculum des professions de santé en vue d'inclure la PCIMAS avait été mis sur pied en 2012, mais n'a pas

fonctionné. Au Burkina Faso, la formation de la PCIMAS a été intégrée dans le curricula des écoles de santé publique. Seulement, d'après les responsables de ces écoles et les responsables de programme interviewés au niveau national et régional, le volume horaire alloué à la formation en nutrition est insuffisant (environ 20 heures par année académique). **Il n'y a pas de stages pratiques sur le terrain pour appliquer les connaissances théoriques apprises, et cette formation n'est pas évaluée pour juger de son efficacité.**

9.3.1.3. Atteinte des standards de qualité et facteurs contributeurs et/ou inhibiteurs

75. La qualité de la mise en œuvre du programme a été appréciée à travers l'observation directe des activités de traitement de la MAS dans les 36 structures sanitaires visitées (12 CSI et 24 CSPS) au Burkina Faso, et les 21 structures sanitaires visités (11 CRENAS et 10 CRENI) au Niger. Les éléments observés incluaient (a) les équipements et matériaux, (b) l'évaluation et la classification nutritionnelle faite par les agents de santé, (c) les plans de traitement nutritionnel et médical appliqués, (d) la gestion des stocks, (e) la gestion des informations et tenue des dossiers, et (f) la gestion du personnel (voir la grille d'observation en annexe 14.6.5). Chacun des éléments observés était comparé aux standards recommandés dans le protocole national de la PCIMAS, l'équipe vérifiant sa présence ou non sur le site, ainsi que les raisons éventuelles si elles n'étaient pas présentes.
76. **Equipements, matériaux et infrastructures** : Les résultats des observations directes ont montré que la quasi-totalité des sites dans les **deux pays possédaient une grande majorité d'équipements et de matériaux**. Les matériaux qui faisaient défaut dans la plupart des structures de PCI incluaient les ustensiles et espaces en bon état pour la préparation des laits thérapeutiques et les démonstrations culinaires, du fait de leurs coûts élevés. **Toutefois, plusieurs infrastructures sanitaires étaient vétustes** : les points d'eau, les incinérateurs, les salles d'attente et de stockage, ainsi que les espaces de soins et ceux dédiés à la prise en charge nutritionnelle avaient besoin de réhabilitation.
77. **Evaluation et classification nutritionnelle faite par les agents de santé** : Dans les **deux pays**, les observations ont montré que dans la majorité des structures de santé visitées, la présence de l'œdème nutritionnel est vérifiée, le périmètre brachial, le poids et la taille sont mesurés chez tous les enfants qui arrivent sur le site pour la première fois, l'indice poids/taille est repéré dans le tableau avec les seuils z-score, les indicateurs anthropométriques sont enregistrés dans le registre du site, ainsi que dans le registre PCIMAS lorsqu'ils indiquent un état de malnutrition. La majorité des agents de santé et les points focaux de nutrition interviewés avaient été formés à la prise des mesures anthropométriques et au remplissage des registres et des fiches.
78. **Application des plans de traitement nutritionnel et médical** : Au **Niger**, l'efficacité de l'organisation du circuit unique de traitement pour les différents volets de PCIMAS¹⁴ variait d'un site à l'autre, et dépendait souvent de la présence d'une ONG d'appui. Dans deux tiers de CRENAS, le circuit n'a pas été bien organisé. Selon les discussions, le concept du circuit unique était mal compris et a été interprété de différentes manières. En outre, dans la plupart des CRENAS, l'enregistrement des enfants se fait le plus souvent par un RC. Les enfants reçoivent un examen médical à la première visite, mais s'il s'agissait d'une visite de suivi, le Relai Communautaire étant souvent le seul point de contact pour renouveler la quantité d'ATPE. Au **Burkina Faso** en revanche, les sites étaient organisés de manière à respecter le circuit unique de traitement. Tout enfant dépisté avec la MAS au site reçoit un examen médical et commence son traitement le même jour, dont un traitement médical systématique ou spécifique pour d'autres problèmes médicaux identifiés, ainsi qu'un traitement nutritionnel (ATPE ou lait thérapeutique) en fonction de son poids. Des difficultés ont néanmoins été exprimées au sujet de la PCI. Dans les centres hospitaliers, le personnel est rotatif dans les services des urgences où sont reçus tous les enfants pour diverses causes (y

¹⁴ Un local dédié au triage/soins d'urgence, un endroit pour le test de l'appétit, un point d'eau pour lavage des mains, un local pour la consultation médicale, et un endroit pour le counseling sur l'ANJE et l'utilisation des ATPE aux enfants.

compris la malnutrition). Cependant, ils ne sont pas tous formés à la prise en charge adéquate des complications, ce qui affecte la qualité des soins aux enfants admis.

79. **Gestion des stocks** : Au **Niger**, la gestion des intrants était bonne dans la majorité des CRENI, mais était insuffisante dans la majorité des CRENAS. Par exemple, deux-tiers des CRENAS ne disposaient pas d'un stock suffisant d'ATPE et de médicaments de traitement systématique pour une durée d'au moins un mois ; et la moitié des CRENAS ne disposait pas d'un espace suffisant pour stocker les aliments thérapeutiques et n'avait pas un espace suffisant pour stocker ces produits. En revanche, tous les CRENI sauf un, avaient des conditions acceptables. Selon les répondants, les ruptures de stock d'ATPE fréquentes étaient liées au retard de collecte d'ATPE depuis les entrepôts du DS, ce qui est de la responsabilité des structures sanitaires. Au **Burkina Faso**, la majorité des sites disposait d'un stock suffisant d'ATPE ou laits thérapeutiques et de médicaments pour la prise en charge pour une durée d'au moins un mois, ainsi que d'un espace suffisant pour stocker ces produits. Ces espaces de stockage étaient propres et suffisamment aérés pour plus de la moitié des structures visitées. Il est ressorti de certains entretiens qu'en plus des difficultés financières pour l'acheminement des intrants nutritionnels des districts jusqu'aux structures de santé, l'une des raisons des ruptures de stocks dans ces structures était le faible capacité d'anticipation des commandes de la part des responsables des CSPS.
80. **Gestion des informations et tenue des dossiers** : Les observations directes ont révélé que la quasi-totalité des sites dans **les deux pays** possédaient des registres et fiches individuelles de suivi PCIMAS à jour et gardés dans un lieu protégé. Au **Burkina Faso**, les responsables de programmes au niveau régional et national ont relevé une faible complétude dans la transmission des données, le taux de rapportage étant toujours en deçà des attentes parce que les agents de santé transmettent très tardivement les données. En outre, la qualité des données transmises est insuffisante, particulièrement en ce qui concerne la gestion des intrants, qui regorge beaucoup de chiffres erronés. Au **Niger**, pour deux tiers de CRENAS, les activités de counseling n'étaient consignées dans les registres. En outre, la qualité des données transmises reste insuffisante.
81. **Gestion du personnel** : Les observations directes et les entretiens à différents niveaux ont confirmé qu'**au Niger**, le standard non-écrit d'avoir au moins deux agents de santé formés en PCIMAS a été respecté, sauf dans trois CRENAS (sur 11) et un CRENI (sur 10). Au **Burkina Faso**, comme mentionné précédemment, au moins un agent de santé étaient formé à la prise en charge de la MAS dans chaque structure de santé visité. Par ailleurs, les agents de santé ont exprimé quelques difficultés à superviser les activités des ASBC, entre autres à cause de leur faible capacité de rapportage, l'irrégularité de certains dans la mise en œuvre de leurs activités dû au manque de motivation et l'insuffisance des moyens de communications, et l'absence d'un format standard pour le rapportage des activités communautaires. Dans **les deux pays**, un système de partage des tâches était établi. En raison du manque de moyens de transport, de la situation sécuritaire, et de la charge de travail du personnel impliqué, la fréquence des supervisions effectuées par les responsables nationaux et régionaux sur le terrain a été limitée.

9.3.2. Variation des stratégies de mise en œuvre au cours du temps

82. Au **Niger**, les stratégies de mise en œuvre de la PCIMAS ont varié au cours de la dernière décennie pour mieux s'adapter au grand nombre d'enfants atteints de la MAS, aux besoins des populations cibles vivant dans les zones d'insécurité alimentaire et aux nouvelles connaissances. Les versions successives du protocole national de PCIMAS ont adopté les stratégies suivantes : i) l'intégration de la PCIMAS dans le PMA des structures sanitaires étatiques facilitant la mise à l'échelle ; ii) la prise en compte de la mesure de PB comme indicateur diagnostic de la MAS indépendant ; et iii) le couplage du dépistage aux campagnes de vaccination et des sorties foraines. Au **Burkina Faso**, la gratuité des soins, l'intégration du dépistage dans les campagnes de masse ainsi que l'institutionnalisation des ASBC sont des variations qui ont été apportées dans la mise en œuvre de la PCIMAS au cours de la période 2015-2019, ainsi que l'intégration des intrants nutritionnels dans le circuit national d'approvisionnement, ce qui a permis de renforcer le passage à l'échelle et l'appropriation du programme, tous les districts étant desservis par la CAMEG. D'après les responsables de programme interviewés dans les deux pays, l'ensemble de ces

variations effectuées au fil du temps ont permis de simplifier le diagnostic de la malnutrition aiguë, d'effectuer un diagnostic précoce, de fluidifier la délivrance des services dans les structures sanitaires, et de réduire les ruptures de stocks d'intrants nutritionnels.

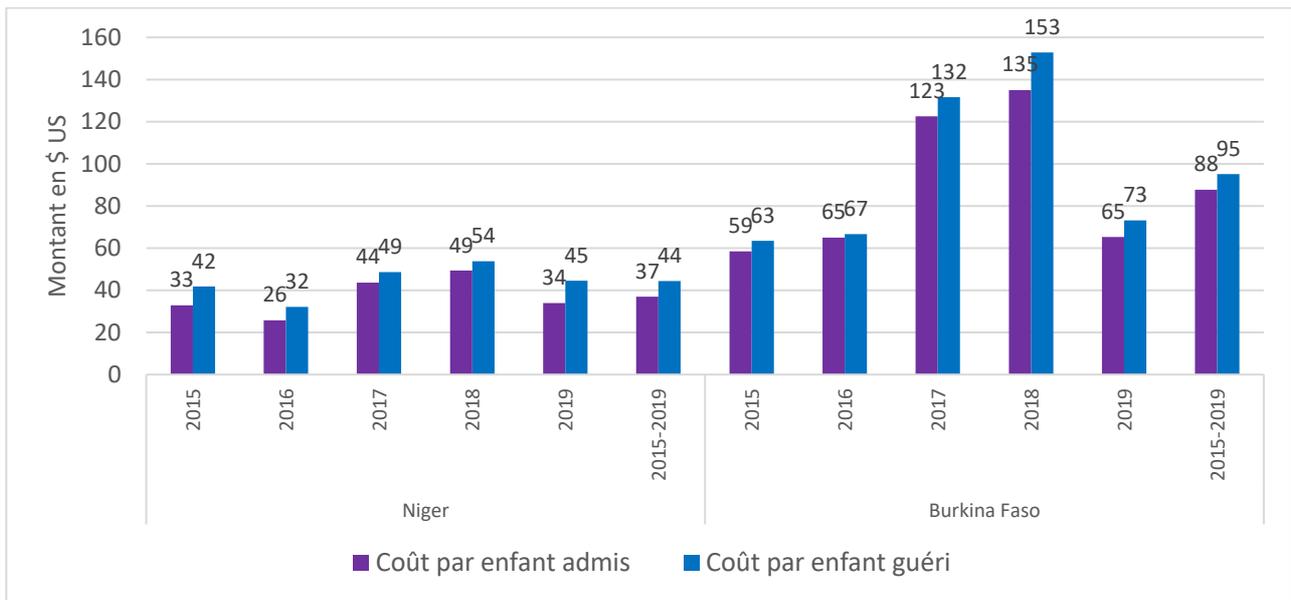
Adoption des approches innovantes

83. **Les deux pays** ont adopté la stratégie **PB à domicile** (l'approche PB-mères) afin d'améliorer la précocité du dépistage de la malnutrition aiguë et la couverture du programme par une implication directe des mères et autres membres de la famille dans le dépistage et le référencement des enfants malnutris. Le but ultime est de faire face à la faible capacité des ASBC à couvrir convenablement leur aire de responsabilité tant dans les zones d'urgences que stables, et faire également face aux difficultés de dépistage des enfants en saison pluvieuse²¹.
84. **Le Burkina Faso**, a également adopté le **protocole simplifié**, qui consiste en l'utilisation des ATPE pour traiter à la fois les enfants souffrant de MAS et de MAM. Il est recommandé dans les zones d'urgence dans lesquelles la continuité des services MAS et MAM est difficile à assurer¹⁸. La combinaison avec le **PB à domicile** permet aux mères de dépister, référer à l'ASBC pour confirmation et prise en charge (MAS et MAM) avec un seul intrant. Ces initiatives très récentes, sont actuellement mises en œuvre dans un nombre limité de districts, et leur efficacité n'a pas encore été évaluée.
85. **Au Niger**, deux autres approches innovantes ont été adoptées : i) l'approche *CMAM Surge*, qui consiste à renforcer les capacités de résilience pour absorber une augmentation de cas durant les périodes de pics saisonniers ou de chocs ; et ii) l'approche *Dernier kilomètre*, qui vise à améliorer la distribution des intrants aux CSI. Malgré la bonne évolution des stratégies adoptées, des soucis se sont exprimés qui soulèvent chaque fois le problème de durabilité (absence d'institutionnalisation).

9.3.3. Production des résultats escomptés de façon économique ; Facteurs ayant influencé le rapport coût/efficacité de la mise en œuvre

86. La méthode de calcul des indicateurs de coût-efficacité et coût-efficacité du programme de PCIMAS est illustrée par un diagramme contenu dans l'annexe 6. Les coûts utilisés proviennent de l'extrapolation des données partielles reçues de l'UNICEF. Les indicateurs d'intérêt sont le coût par enfant admis en MAS, coût par enfant guéri, coût par décès évité, et coût par année de vie corrigée de l'incapacité (AVCI) évité. Les résultats des analyses sont présentés dans la **figure 10**. Ils montrent qu'au Niger, le coût par enfant admis est de 37 \$ US en moyenne durant la période 2015-2019. Quant au coût par enfant guéri, il est de 44 \$ US en moyenne. Les valeurs de ces deux indicateurs sont plus élevées en 2018 et 2017, années au cours desquelles le nombre de sachet d'ATPE par enfant était le plus élevé. **Au Burkina Faso, le coût par enfant guéri est estimé à 95\$US en moyenne durant la période 2015-2019**, avec des valeurs de 132\$US en 2017 et 153\$US en 2018, incluant les investissements du gouvernement pour l'achat d'ATPE durant ces deux années.

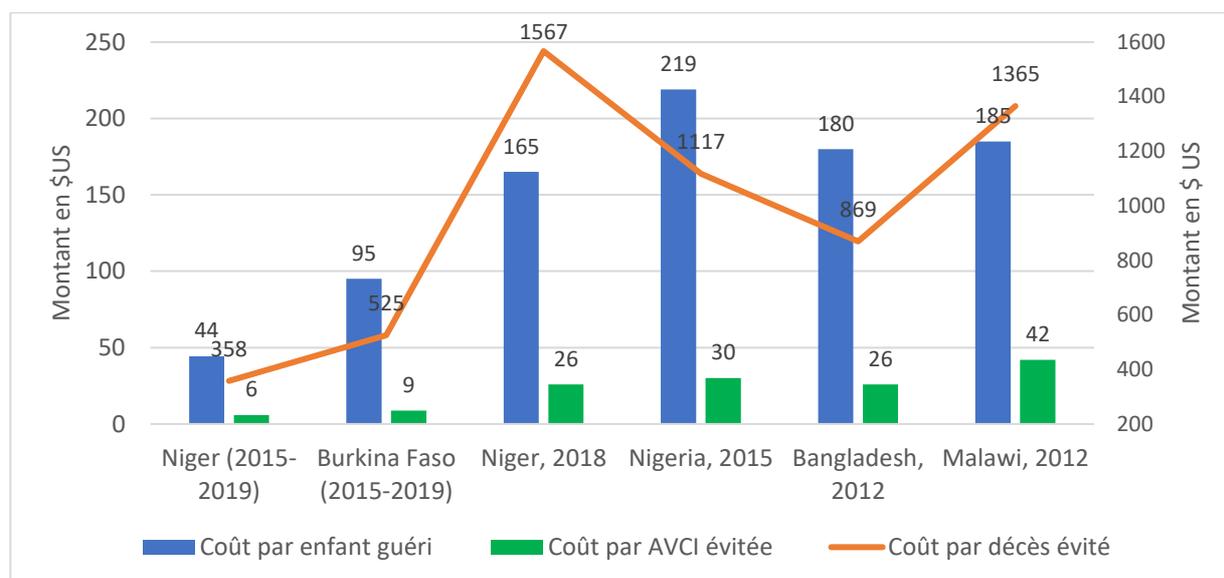
Figure 10 : Coût par enfant admis et coût par enfant guéri ; Niger (2015-2019) et Burkina Faso (2015-2019)



Sources : Données de l'UNICEF sur les coûts et les admissions.

87. La **figure 11** montre qu'**au Niger**, le coût par décès évité est estimé à 358 \$ US, et le coût par AVCI évitée à 6 \$ US en moyenne durant la période 2015-2019. Au **Burkina Faso** ils sont estimés respectivement à 525 \$ US, et 9 \$ US, en moyenne durant la période 2015-2019. Dans **les deux pays**, ces chiffres sont inférieurs à ceux rapportés dans d'autres contextes tels que le district de Tahoua au Niger, le Nigeria, le Bangladesh et le Malawi, en raison principalement de la faible quantité d'ATPE par enfant, comme indiqué plus haut. Cependant, ces autres études ont utilisé des postes de dépenses contenant un nombre plus important d'items que la nôtre. Par exemple, l'UNICEF finance le transport et l'acheminement des intrants au niveau district, mais les coûts de transport dans la présente étude ne comprennent pas les coûts de livraison des districts aux structures de santé. Dans les autres études, le coût des ATPE représente 30% à 35% du coût total, contre environ 60% dans la présente évaluation. Non seulement ces études ont collecté les coûts institutionnels provenant du MSP et de partenaires de mise en œuvre (en plus de l'UNICEF), mais elles ont également collecté des coûts sociétaux (supportés par les ménages et les agents de santé communautaire). Enfin, Il convient de mentionner que les taux de guérison au Burkina Faso et au Niger sont plus élevés que dans ces études de comparaison, ce qui augmente le nombre de décès et AVCI évités, et partant, réduit les coûts par décès évité, et par AVCI évitée. En raison de l'étroitesse de la base des coûts collectés pour cette évaluation, les coûts par enfant guéri, par décès évité, et par AVCI évitée ne permettent pas de tirer des leçons sur le niveau de coût-efficacité en comparaison avec d'autres programmes similaires. En effet, la DN/Ministère de la Santé n'était pas disponible pour fournir les informations sur les salaires associés à la PCIMAS, ou sur les coûts de livraison du district aux centres de santé. De plus, la collecte de données primaires sur les coûts sociétaux ne faisait pas partie des termes de référence de l'évaluation.

Figure 11 : Coût par enfant guéri, coût par décès évité, et coût par AVCI évitée au Niger (2015–2019) et au Burkina Faso (2015-2019), comparés avec des études similaires



Sources – présente étude : Données de l'UNICEF sur les coûts ; Estimations des décès et des AVCI évités

Sources – études de comparaison : Niger, 2018 : Fotso & Myatt, 2019 ; Nigeria, 2015 : Frankel et al., 2015 ; Bangladesh, 2012 : Puett et al., 2013 ; Malawi, 2012 : Wilford et al., 2012.

88. Au **Burkina Faso**, les hypothèses ci-dessous, qui restent à confirmer à travers des analyses financières plus approfondies, ont émergé des entretiens individuels en faveur de l'amélioration du rapport coût/efficacité et coût/efficacités du programme. Étant des hypothèses, elles pourraient aussi être vérifiées durant la mise en œuvre du programme dans le contexte du Niger ou autres pays de la région.

- **Commande des intrants nutritionnels par la CAMEG :** L'intégration des intrants nutritionnels dans le circuit national aurait renforcé l'efficacité du programme en ce sens que c'est désormais le personnel payé par l'Etat et non par l'UNICEF qui effectue les commandes et gère la livraison dans les différents districts. Ceci aurait permis d'épargner des dépenses en personnel supplémentaire ;
- **Production locale des ATPE :** Elle aurait permis de réduire les coûts liés à l'importation s'il fallait faire venir ces intrants de l'extérieur du pays. Depuis 2016, cet approvisionnement au niveau local a facilité l'acheminement vers les districts.
- **Supervision intégrée des programmes :** les activités de supervision de la PCIMAS ont été intégrées à celles d'autres programmes tels que l'ANJE et la PCIME. Par conséquent, les responsables des différents programmes se coordonnent et ont harmonisé leurs plannings et leurs outils à cet effet, ce qui leur aurait permis d'être plus efficaces.

9.3.4. Gestion des aspects environnementaux (sachets/déchets)

89. Les observations directes et les entretiens individuels ont révélé que la récupération et le traitement des déchets (boîtes et sachets) provenant des intrants nutritionnels se faisait en fonction des types de structure ou de prise en charge. Pour la PCI (**Burkina Faso**), les déchets sont collectés puis traités (incinérés) dans le circuit normal de gestion des déchets, tandis que pour la PCA (**Burkina Faso et Niger**), il est demandé aux mères de rapporter les sachets d'ATPE reçus lorsqu'elles reviennent pour le suivi de l'enfant.

90. Ce mécanisme n'est cependant pas appliqué de manière rigoureuse pour la PCA, les agents de santé n'étant pas redevables par rapport à cette activité de récupération. En outre, aucune rigueur n'est tenue aux mères d'enfants qui ne rapportent pas les sachets d'ATPE consommés, et qui se retrouvent parfois dans la nature.

9.3.5. Variation de la gestion globale du programme au fil du temps (au Niger)

91. Les entretiens ont relevé les importantes variations suivantes de la gestion globale de la PCIMAS :

- Le passage à l'échelle des interventions a entraîné des changements dans la gestion de la logistique et des intrants au niveau du DS. A présent, **les commandes des CSI sont établies à partir des besoins exprimés par les CSI en tenant compte des nouvelles admissions. Toutefois, cette centralisation des commandes des CSI au niveau du DS a amplifié certains problèmes logistiques** tels que les retards des commandes, les difficultés de suivi des stocks, et la multiplication des ruptures.
- **Avec la mise en place de la plateforme digitalisé du DHIS2, il y a également eu un changement dans la saisie des d'informations sanitaires qui a nettement amélioré la gestion des données.** Les entretiens ont soulevé un enthousiasme, bien que certains CSI sont encore hésitants, du fait des problème de connexion internet, et du manque de ressources matérielles et humaines (personnel formé et supervision).
- **La production locale des ATPE, même si elle serait plus chère que la production importée, a incité le gouvernement à insérer une ligne budgétaire pour l'achat des intrants nutritionnels dans son plan d'action annuel en 2012, qui, malheureusement n'a pas continué les années suivantes.** La feuille de route de 2020, validée en septembre 2020, traduit la volonté du gouvernement à reprendre graduellement le financement des intrants.
- **La création et la mise en place du GTN et de les GTT ont permis une amélioration de la coordination des activités au niveau centrale de la DN et des partenaires,** ce qui a donné plus de visibilité à la PCIMAS ainsi qu'un meilleur appui technique et financier et une meilleure gestion.

9.3.6. Compréhension des mécanismes de prise en charge (au Niger)

92. Les entretiens ont relevé une bonne compréhension de la prise en charge de la malnutrition, grâce à la large cohorte d'agents de santé formés par le pool de formateurs déployés. D'après les responsables de la DN et des partenaires au niveau national, les multiples formations à travers différentes formes (enseignement en classe, cours de recyclages, coaching sur le tas, supervision de soutien) ont joué un rôle important pour la bonne compréhension de la prise en charge et la mise en œuvre des services de PCIMAS.

93. Les entretiens ont aussi soulevé le fait que, bien que ce soit marginal, certaines personnes sont formées mais n'ont pas l'occasion de pratiquer ou alors sont affectées dans un autre service, et la formation ne bénéficie pas toujours au CSI.

9.3.7. Méthodes innovantes ou alternatives (au Niger)

94. Au cours de la dernière décennie, diverses innovations ont été testées au Niger visant à simplifier le modèle de soins de PCIMAS et donc à améliorer la qualité des soins, l'efficacité, la couverture de traitement et la durabilité. **Les deux approches innovantes des dernières années qui ont été adoptées pour le passage à l'échelle avec l'appui des partenaires et qui ont été retenues durant les entretiens comme les plus importantes sont l'approche PB-mères, qui apprend aux membres de la famille d'identifier l'enfant avec la malnutrition, et l'approche CMAM Surge, qui apprend aux acteurs au niveau de la périphérie de se préparer à mieux répondre aux chocs. L'approche du protocole simplifié est en mode d'étude pilote limitée, mais comme la pandémie du COVID-19 a accéléré l'apprentissage, son adoption est envisageable dans un futur proche.**

95. Presque tous les informateurs clés ont exprimé une appréciation positive pour l'approche PB-mères (ou PB-famille). Les entretiens ont soulevé une inquiétude par rapport au manque d'évidences qui montrent comment cette pratique contribue effectivement à la couverture et au taux d'admission, et que la durabilité de cette approche est incertaine. Une étude de coût-efficacité est planifié dans un avenir proche.

96. L'approche *CMAM Surge* a également eu un écho favorable parmi les informateurs clés. Un constat général répété à plusieurs reprises suggère que cette approche motive et aide à anticiper les lacunes, à les combler et à accroître l'appropriation et la redevabilité de la PCIMAS. Une étude de coût-efficacité de l'approche *CMAM Surge*, conduite à Tahoua en 2018, a révélé que la stratégie a un rapport coût-efficacité avantageux par rapport aux programmes de PCIMAS sans *CMAM Surge*, et par rapport aux normes internationales^{22,23,24,25}. Une évaluation en 2019, aussi à Tahoua, a relevé que l'approche *CMAM Surge* améliore les aspects suivants : l'analyse, l'interprétation et l'utilisation des données de PCIMAS ; l'autosuffisance et le leadership au niveau des formations sanitaires ; la confiance des agents sanitaires ; la communication entre la formation sanitaire et la communauté ainsi qu'entre la formation sanitaire et les autorités sanitaires du district ; la compréhension et l'intégration de la MAS dans les services sanitaires généraux ; et la participation des bénévoles de la santé communautaire qui font le dépistage et référence²⁶.

Conclusions Préliminaires EFFICIENCE

EFFIC 1 : Les ATPE représentent le poste de dépenses le plus important du programme, traduisant comme envisagé, l'absorption de la majorité du financement par les bénéficiaires du programme. Cependant, les quantités d'ATPE consommées sont supérieures aux recommandations de 150 sachets par enfant, traduisant une utilisation inappropriée de ces produits. (Para : xx, xx).

EFFIC 2 : La mise sur pied d'un pool de formateurs a facilité les formations en cascades ; cependant, les affectations régulières du personnel et la répartition inégale entre zones rurales et urbaines affectent négativement la qualité de la prise en charge. (Para : xx-xx).

EFFIC 3 : Malgré l'appui considérable aux différentes composantes du programme, l'atteinte des standards de qualité du programme reste à améliorer en ce qui concerne les équipements, matériaux et la réhabilitation des infrastructures, l'anticipation des commandes d'ATPE, la transmission tardive des rapports mensuels, la qualité des données transmises chaque mois, la faible capacité de rapportage des activités communautaires, ainsi que la faible fréquence ou l'inexistence des supervisions. (Para : xx-xx).

EFFIC 4 : Le processus de gestion des déchets (sachets) issus de la consommation d'intrants nutritionnels n'est pas appliqué de manière rigoureuse pour la protection de l'environnement. (Para : xx-xx).

EFFIC 5 : Le rapport coût-efficacité du programme semble relativement bas, et il est difficile de tirer des conclusions sur le niveau de coût-efficacité en raison de l'étroitesse de la base des coûts collectés pour cette évaluation (Para : xx, xx).

EFFIC 6 : Au Niger, la mise en œuvre de la PCIMAS a varié au fil du temps pour s'adapter aux changements des stratégies (passage à l'échelle, plateformes d'informations changeantes) afin de cibler plus d'enfants atteints précocement. La création du GTN, une plateforme d'échange des acteurs clés, a permis de renforcer les connaissances, ainsi que la coordination et l'harmonisation des activités pour mieux répondre aux besoins des populations vulnérables. (Para : xxx-xxx).

9.4. Durabilité

- QE 4.1.** Dans quelle mesure les communautés bénéficiaires et les partenaires institutionnels se sont appropriés l'approche et ses acquis ? Comment l'appropriation (le cas échéant) par le gouvernement du programme PCIMAS a-t-elle évolué dans le temps ?
- QE 4.2.** Quels sont les principaux facteurs ayant influencé l'adhésion des bénéficiaires et autres parties prenantes à l'adoption de l'approche ?
- QE 4.3.** Quelles sont, selon les différentes parties prenantes les options présentes et futures – incluant les stratégies de désengagement des ONG/financements humanitaires, qui permettront d'assurer la pérennité du programme PCIMAS ?
- QE 4.4.** Dans quelle mesure la mise en œuvre de la PCIMAS a-t-elle contribué à la résilience du système de santé et de la communauté ?



Discussion de Groupe avec les leaders communautaires au CSPS de Kayao, district sanitaire de Saponé, région du Centre Sud, Burkina Faso



Mère d'enfants sur la route du CSI de Gazamni, District de Gouré, Région de Zinder, Niger

9.4.1. Appropriation de l'approche et ses acquis

97. La durabilité de la PCIMAS est un concept clé dans la stratégie de la survie de l'enfant au Burkina Faso et au Niger ; elle repose sur la bonne appréciation des activités et ses résultats à différents niveaux, aussi bien par les acteurs gouvernementaux, les partenaires de mise en œuvre que par les bénéficiaires. Selon cette stratégie, tous les acteurs sont tenus de protéger la qualité des services PCIMAS en assurant la disponibilité du personnel et des intrants et de ne pas mettre en danger les acquis accumulés au fil du temps. Le contexte de l'introduction et l'évolution de la PCIMAS dans les deux pays a marqué une différence par rapport à la durabilité. **Au Burkina Faso, la PCIMAS a été introduite selon un besoin identifié dans un contexte de développement, avec une stratégie planifiée qui visait la durabilité depuis son initiation. Au Niger, la PCIMAS a été introduite comme une réponse humanitaire majeure visant à sauver des vies, puis a évolué progressivement vers un service de routine intégré dans le système de santé. Cette forme d'évolution au Niger a favorisé la durabilité, mais l'a entravé en même temps.** Les ressources humanitaires mises à disposition chaque année au Niger d'un part ont permis d'accroître les capacités et donc le passage à l'échelle, mais d'autre part, ont inhibé de planifier une mise en œuvre durable à long terme.

98. **Au niveau central.** Au Burkina Faso, la PCIMAS fait partie de la politique nationale de nutrition et s'inscrit en droite ligne avec la vision du gouvernement du Burkina Faso de prendre en charge les populations les plus vulnérables dont les enfants de moins de 5 ans. Plusieurs initiatives ont été mises en œuvre, attestant l'appropriation du programme au niveau national (p. ex. l'inclusion des intrants nutritionnels dans le circuit national d'approvisionnement en produits pharmaceutiques ; l'inclusion dans la stratégie nationale multisectorielle, une plateforme qui renforce les capacités des institutions nationales et la résilience des communautés ; une ligne budgétaire en 2017 par l'État pour l'achat des intrants nutritionnels). Néanmoins, selon les perceptions recueillies, il sera difficile, voire impossible, d'envisager la pérennité de la PCIMAS sans le financement important des bailleurs, au regard de la situation économique et sécuritaire

du pays. Au Niger, les dépenses importantes de la PCIMAS sont encore assurées par les PTF (p. ex., la majeure partie des coûts d'achat et d'acheminement des médicaments et d'intrants nutritionnels). Néanmoins, depuis 2010, le type d'appui fourni par les PTF encourage une responsabilité croissante accordée au gouvernement et envisage la reprise graduelle par l'Etat. Toutefois, les initiatives d'amélioration de l'offre et des déterminants de santé (p. ex. les approches PB-mères, 1000 jours, WASH in Nut, ANJE, foyers communautaires) risquent d'être trop coûteuses pour la reprise totale du gouvernement et sa mise à échelle tant que les capacités locales d'absorption de ces activités ne sont pas adéquates en termes de personnel de santé et de gouvernance locale. En outre, l'exploration et l'utilisation de capacités locales inexploitées peuvent constituer un point de levier pour accroître l'appropriation du MICSAP en respectant le cadre des priorités sanitaires équilibrées. La réforme financière actuelle qui vise à canaliser les investissements dans la santé et la nutrition sur une planification plus durable pour être plus réactive au contexte complexe et changeant, est prometteuse et facilitera la quête vers la couverture sanitaire universelle (CSU) à long terme.

99. **Au niveau régional et du district sanitaire. Au Burkina Faso,** au cours des réunions de coordination (cadre régional de concertation annuel) sous le leadership du MS, de la région et du district sanitaire (DS), les différents partenaires communiquent l'état des lieux de leur appuis. Ces réunions se tiennent grâce au financement des bailleurs. Cependant, le plan de travail annuel du MSP et de l'UNICEF qui appuie à tous les niveaux le système de santé, inclue les financements directs aux districts sanitaires (DS). Ce plan permet de renforcer le niveau d'autonomie dans la mise en œuvre de la PCIMAS (p. ex., pour la supervision des activités sur le terrain, la centralisation des commandes d'intrants, la compilation et la transmission des données). Au Niger, la capacité limitée des point focaux de nutrition (PF Nut) au niveau du MSP régional (la DRSP) et du district sanitaire a été ressenti comme une barrière importante à la durabilité. Le PF Nut n'étant pas membre de l'équipe cadre du district, il se trouve dans une position institutionnelle subordonnée, ce qui limite son rôle de superviseur et de promoteur de l'intégration de la PCIMAS dans les autres services qui ne sont pas sous son mandat (p. ex., la vaccination, le planning familial, la prise en charge intégrée de maladies de l'enfance, PCIME). Les activités d'appui à la PCIMAS se déroulent donc en parallèle d'autres programmes gérés verticalement à tous les échelons du système de santé. Pour les deux pays, la difficulté liée à l'acheminement des ATPE des DS aux structures sanitaires met à mal l'appropriation faite à ce niveau de l'échelle du système de santé.
100. **Au niveau des soins de santé primaire.** Dans les deux pays, la PCIMAS fait partie du paquet minimum d'activités (PMA) des structures sanitaires, et, selon le protocole nationale, l'intervention est offerte dans un circuit unique et mise en œuvre par les agents de santé de l'État. Ceci traduit une bonne appropriation technique de la PCIMAS qui pourrait perdurer. Cependant, l'insuffisance et la mobilité du personnel soignant qualifié mettent à mal la pérennité. En outre, bien que la gratuité facilite et pérennise l'accès aux services, le remboursement à temps par l'État n'est pas garanti, et les Comités de gestion (COGES) ne disposent pas de fonds suffisants pour assurer le transport des intrants nutritionnels des districts vers les structures sanitaires. Au Burkina Faso, les infrastructures, les équipements et matériels doivent être renovés, et ceci nécessite l'injection d'importants financements. Au Niger, avec le retrait graduel de l'appui des ONG dans certains cas, le personnel est démotivé par les difficultés rencontrées par le manque d'appui. Tous ces éléments sont susceptibles de mettre à mal l'appropriation au niveau des structures de santé pour la PCIMAS.
101. **Au niveau des communautés et des ménages.** Au Burkina Faso, le recrutement et l'implication des agents de santé à base communautaires (ASBC) a permis de rapprocher les services des populations. Au Niger, les agents de santé communautaires (ASC) qui sont positionnés dans les cases de santé, offrent des soins de santé curatifs de base, et les relais communautaires (RC) qui sont des volontaires de la communauté, facilitent les activités sanitaires de prévention dans la communauté et aux structures sanitaires. Dans les deux pays, leur faible motivation demeure le défi qu'il faudrait relever pour pérenniser leur implication.
102. **Au niveau des collectivités (mairies, autorités locales).** Dans les deux pays existe des exemples où la collectivité a participé financièrement au transport des intrants nutritionnels du DS vers les structures

sanitaires, la construction de hangars servant de local pour la réception des enfants MAS, le transport des enfants souffrant de MAS avec complications vers les hôpitaux, les campagnes de dépistage, l'achat de denrées alimentaires locales nécessaires pour les démonstrations culinaires et la motivation des ASBC ou RC. Cependant ce sont des actes ponctuels, qui ne constituent pas en soit un engagement de longue durée, la PCIMAS n'étant pas intégrée dans les plans d'action annuels financés par les communes.

9.4.2. Facteurs ayant influencé l'adhésion et l'adoption de la PCIMAS

103. Les facteurs ayant influencé positivement l'adoption de la PCIMAS qui ont été identifiés dans les deux pays d'après les entretiens individuels aux différents niveaux sont :

National

- Le leadership de la DN et leur plaidoyer actif auprès des autorités gouvernementales sectorielles et multisectorielles pour gagner en visibilité, obtenir un engagement financier et adapter les politiques ou décrets ministériels.
- Les études de diagnostic du système de santé par différentes ONG pour identifier les goulots d'étranglement et informer des stratégies de renforcement de l'intégration de la PCIMAS.

Région et district sanitaire

- L'engagement des responsables des directions régionales et des districts sanitaires pour la coordination de la mise en œuvre dans leurs zones de responsabilités respectives.

Structures sanitaires

- La supervision régulière des activités de terrain par le niveau central et régional vue comme motivateur pour les activités périphériques.
- La flexibilité et la curiosité (la motivation) de certains agents de santé à l'apprentissage et à l'application des connaissances nouvelles et changeantes.
- L'accès amélioré aux soins grâce à la gratuité, l'obtention des ATPE, et de la récupération observée des enfants.
- L'efficacité du traitement.

Communauté

- L'appui des ONG aux RC pour le travail communautaire de PCIMAS (p.ex., motivation non-financière et/ou financière, accès à une formation, la supervision).
- L'approche **PB-mères** pour responsabiliser les mères ou autres membres au sein des ménages de surveiller l'état nutritionnel de l'enfant pour un dépistage précoce.
- La connaissance des soins offerts pour le traitement de la MAS et des alimentaires pour prévenir les rechutes.
- La collaboration établie avec les tradipraticiens formés (respectés par la population) à la reconnaissance des signes de malnutrition et le référencement vers les structures sanitaires pour une prise en charge adéquate.
- Les sessions de sensibilisation et les démonstrations culinaires accessibles et proches des ménages.

104. Les facteurs ayant influencé négativement l'adoption de l'approche de PCIMAS qui ont été identifiés dans l'un ou l'autre ou les deux pays d'après les entretiens individuels aux différents niveaux sont :

National

- L'appropriation de l'approche PCIMAS par les acteurs de 'nutrition' (un verrouillage, une prise en otage) empêche l'appropriation par les acteurs de santé mère et enfants, et l'intégration dans l'approche comme la PCIME (p. ex., la survie de l'enfant discute les maladies principales de la morbi-mortalité infantile—la diarrhée, le paludisme et les pneumonies—et omet l'émaciation grave / la malnutrition aiguë sévère).
- La coordination technique des activités PCIMAS a assez peu de participation des autres directions à part de la DN.
- La restructuration de l'organigramme du MSP au Niger pose des problèmes de coordination interne où certains directeurs sont obligés d'interagir avec des responsables à un niveau plus bas.
- Le leadership du MSP au Niger fait défaut pour mettre en œuvre la réforme de financements qui pourrait créer une flexibilité nécessaire pour mieux gérer le budget sanitaire limité, l'adapter selon les besoins des contextes changeants, et libérer les fonds dans le temps.

Structures sanitaires

- Une forte rotation du personnel formé apporte du nouveau personnel qui n'est souvent pas formé.
- Les consultations de PCIMAS sont nombreuses et longues, augmentent la charge de travail et démotive le personnel dans un contexte de manque chronique de personnel.
- Le retard dans le paiement des salaires et le remboursement de la gratuité démotivent et poussent le personnel à chercher d'autres tâches lucratives.
- Au Niger, dans le cas où les RC sont présents pour la PCIMAS (appuyés, motivés par une ONG) les tâches sont transférées aux RC.

Communauté

- La longue distance, la longue attente au CSI, le mauvais accueil ou comportement du personnel, la lenteur d'amélioration de l'état de l'enfant entraînent une perte de confiance dans les services de PCIMAS et des services de santé étatiques en général.
- Les coûts d'opportunité rendent difficiles l'absence de la mère de sa maison où sa présence est nécessaire pour le travail du ménage des champs ou des soins d'autres enfants.
- La mère est fortement dépendante de la décision du mari ; une rupture d'ATPE qui arrête temporairement le traitement, démotive la continuation à participer aux consultations de suivi et fragilise le support du mari.
- L'insuffisance de visites à domicile, le partage ou la vente de l'ATPE, l'insuffisance du respect des mesures hygiéno-diététiques, l'incapacité des mères de suivre des conseils à la maison à cause de moyens financiers insuffisants pour accéder aux aliments variés, et/ou l'ignorance des mères augmentent le nombre de cas d'abandons et de rechutes.
- Le risque de mettre à mal l'utilisation adéquate de l'ATPE (p.ex., l'ATPE considéré comme du 'chocolat' dans certaines zones de Burkina Faso, ou l'ATPE apprécié pour sa valeur marchande au Niger).

9.4.3. Options présentes et futures de la durabilité

Engagement renforcé du gouvernement

105. Au Burkina Faso, depuis 2016 la gratuité des soins aux enfants de moins de 5 ans est appliquée. Une ligne budgétaire pour l'achat des intrants PCIMAS a été créée depuis 2017, et l'implication des ASBC dans

la PCIMAS a été institutionnalisée la même année. Selon les entretiens individuels au niveau national, l'État a promis la reprise des financements de l'achat des ATPE en 2020 après la réduction de 2019. **Au Niger**, depuis 2010, la recherche pour une reprise graduelle et concertée des activités et des financements de la PCIMAS par l'État a occupé les acteurs. Une feuille de route (2020–2029) a été adoptée qui assurera l'intégration progressive et pérenne de la PCIMAS dans le budget de l'État et des collectivités locales afin de contribuer à la réalisation du Plan de développement sanitaire (PDS) et la Politique nationale de sécurité nutritionnelle (PNSN). Les financements humanitaires couvriraient les frais d'achats d'intrants thérapeutiques (ATPE, laits, médicaments) et les 565 agents de santé dans les soins de PCIMAS, ainsi que l'appui au transport (référence des enfants et transport des intrants). Ils ne couvriraient pas les éléments liés à la gratuité, la rationalisation de la chaîne d'approvisionnement, la progression de la couverture sanitaire, y compris les nouveaux besoins en ressources humaines selon les normes nationales qui sont déjà pris en compte dans les plans existants du MSP. Seront également exclus les coûts d'appui aux formations et supervisions, à l'équipement, à l'entretien, à l'eau et l'électricité, à la gestion des données nutritionnelles, à l'alimentation des accompagnantes à l'hôpital et aux activités communautaires. Ces éléments d'appui à la continuité de la PCIMAS, selon les acteurs, pourraient être assurés par :

- Les initiatives de *couverture sanitaires universelle* (CSU) et de renforcements du système de santé (RSS), qui assureront l'accès équitable aux soins de santé primaires de qualité. Le *Global Financing Facility* (GFF) devra créer des opportunités de co-financement et mettre en place une approche basée sur les résultats couvrant aussi la PCIMAS.
- Le rôle fort et respecté du *Groupe Technique de Nutrition* (GTN) qui coordonne les partenaires et leurs actions selon les besoins et assurera la gestion des connaissances.
- Le renforcement des activités de santé primaire communautaire de prévention, qui est essentiel pour l'efficacité de toutes les activités de santé et nutrition, avec une approche nécessairement multisectorielle, avec l'appui de l'HC-13N.
- L'initiative des communes de convergence, qui renforce la résilience des ménages par la mise en œuvre d'un paquet d'interventions multisectorielles sur les mêmes communes, sélectionnées sur la base de critères d'équité, de vulnérabilité, de typologie et d'opérabilité.
- Le prochain Plan de développement sanitaire (PDS), pourrait résoudre les problèmes de conflit de gouvernance au niveau central en révisant les organigrammes et équilibrant les relations de coordination, entre la DN et de la Direction des Études et de la programmation par exemple, et en effectuant le budget programme pour une gestion adaptative et flexible aux changements.

Engagement renforcé des collectivités locales

106. L'appui de certaines collectivités locales, bien qu'elle soit ponctuelle ou sporadique, a démontré le potentiel d'accompagnement financier à la PCIMAS. Les mairies, les communes, les COGES, ou la communauté de la diaspora ont recherché des solutions d'appui notamment en cette période particulière de réduction progressive des financements manifestée par les bailleurs de fonds traditionnels. De multiples démarches/tentatives ont été décrites mais la plupart sont nouvelles, de faible ampleur ou de courte durée, et ne peuvent être durables que si elles sont absorbées dans les plans de développement communautaire et/ou reçoivent un appui du secteur de la santé.

Adaptations au protocole de traitement ou à la stratégie de mise en œuvre

107. Plusieurs innovations de l'approche PCIMAS ont été introduites qui cherchent à simplifier le protocole de traitement et/ou sa mise en œuvre pour gagner en efficacité, efficacité et durabilité. Les approches prometteuses au stade approuvé ou au stade pilote :

- *L'intégration* de la PCIMAS avec la PCIME, l'ANJE et les autres activités de santé mère et enfant (SME) offre un paquet compréhensif qui permet d'assurer une bonne intrication et continuum des soins au

couple mère-enfant. *Le circuit unique*, ou porte d'entrée unique, stimule l'intégration des soins de PCIMAS dans la PCIME et toutes autres activités de SME.

- L'approche *CMAM Surge* prépare les services et les acteurs aux chocs attendus ou inattendus selon différents scénarios de gravité (une planification de contingence) et renforce les capacités de résilience locales du système de santé pour les pics de cas de malnutrition aiguë : prévenir la perte de qualité de la PCIMAS dans le cas de choc, éliminer progressivement le besoin d'appui extérieur.
- L'approche *PB-mères* vise à transférer les tâches (*task shifting*) des RC aux mères (et/ou membres du ménages) et permet aux mères d'identifier précocement les enfants vulnérables ou atteints de la MAS et les référer pour débiter le traitement. Cette approche donne aux mères l'opportunité de prendre en charge elles-mêmes la maladie et la guérison de leurs enfants depuis la communauté.
- Le *protocole simplifié* traite la MAS et la MAM non-complicés avec un même produit thérapeutique et une quantité stable ou adaptée au poids : ceci facilitera la mise en œuvre et diminuera la quantité d'ATPE nécessaire et donc le coût du traitement.
- *L'omission du traitement antibiotique de routine pour la MAS non-complicée* a le potentiel de diminuer le montant investi dans l'achat d'antibiotiques utilisés dans le cadre du traitement systématique. Cela pourrait réduire le coût du traitement et faciliter le traitement, et par ricochet permettre aux ASBC/ASC de traiter les enfants avec MAS dans la communauté pour améliorer l'accès aux soins essentielles (dans le cadre de la prise en charge des cas de maladies de l'enfant dans la communauté, PEC-C).
- *L'approche PB-unique* cible mieux et plus facilement les enfants les plus à risque et vise à améliorer le cout-efficacité de la PCIMAS.
- *mHealth*, se basant sur des algorithmes pour une évaluation et prise de décision rapide et de qualité, améliore la qualité et la durée de la consultation, facilite la gestion de la prise en charge et la rend plus efficace et efficiente.
- *Le centime additionnel*, permet d'acquérir des fonds pour couvrir le transport des malades, facilitera une prise en charge précoce, donc moins intense et couteuse.
- *Le financement basé sur la performance* qui est appuyé par certains bailleurs de fonds, peut être un facteur de motivation interne au système pour atteindre une performance optimale, si son remboursement est mieux organisé.

9.4.4. Contribution de la PCIMAS à la résilience du système de santé et de la communauté

108. Les effets du renforcement de la résilience d'un système de santé se traduisent par une amélioration des capacités des structures sanitaires et des communautés à absorber les pics saisonniers et/ou inattendu de malnutrition (ou d'autres pathologies). Les effets de renforcement sont mesurés par une amélioration de l'état nutritionnel de la population ciblée. Dans les deux pays, certaines ONG ont mené des études de diagnostic du système de santé et des évaluations de la capacité communautaire. Certaines ONG ont développé des stratégies de renforcement des capacités et la résilience dans leurs DS d'intervention. Par exemple, dans les deux pays l'approche CMAM Surge a été testée et a été jugée utile pour préparer le système de santé local à mieux résister aux chocs. Le passage à échelle est envisagé. En revanche, les effets de ces interventions n'ont pas été capitalisés : les enquêtes n'ont pas pu déterminer si le système de santé et les communautés ont mieux résisté aux chocs et leur efficacité est inconnue. Cependant, les perceptions recueillies étaient tous d'avis que la PCIMAS a contribué à réduire la morbi-mortalité infantile au fil du temps et que la CMAM Surge est une excellente approche pour mieux anticiper les chocs.

Conclusions préliminaires DURABILITÉ

Dura 1 : Des progrès remarquables ont été enregistrés dans le renforcement des capacités du niveau national aux structures sanitaires et des communautés, ce qui a facilité l'appropriation de la PCIMAS ; mais des efforts stratégiques restent à déployer dans la durabilité des financements qui doivent être plus flexibles et complémentaires pour soutenir le nexus entre l'humanitaire et le développement. Le rôle de la collectivité est devenu plus important au fil du temps avec la décentralisation et des pratiques prometteuses, mais leur implication reste dans des activités de pointes ad hoc et leur effet et leur pérennité est incertaine. (Para : XX à XX).

Dura 2 : Divers facteurs ont influencé l'adoption de la PCIMAS à différents niveaux du système de santé, qui ont permis que la PCIMAS soit un soin de santé de routine. Le leadership favorable des acteurs étatiques au niveau national a influencé positivement le renforcement des capacités nationales ainsi que le processus d'adoption de la PCIMAS dans le PMA. Cependant, l'ancrage de la PCIMAS au niveau des régions et des communautés locales doit être renforcé pour débloquer les ressources inexploitées. (Para : XX et XX).

Dura 3 : Plusieurs approches innovantes et prometteuses approuvées ou au stade pilote (*PB-mères*, *CMAM Surge*, protocole simplifié) ont le potentiel de renforcer la durabilité par un meilleur coût-efficacité et une meilleure utilisation des ressources financières et humaines disponibles. Les gouvernements ont montré une bonne volonté de la reprise graduelle du financement des intrants et du personnel. En outre, la conjoncture internationale et nationale dans le cadre des ODD crée des opportunités de plaidoyer favorables pour l'augmentation des budgets sanitaires afin de soutenir la CSU. (Para : XX à XX).

Dura 4 : La contribution de la PCIMAS à la résilience du système de santé reste à explorer. Les nouvelles innovations prometteuses ont été mises à échelle (*PB-mères*, *CMAM Surge*, protocole simplifié) qui aideront à rationaliser les ressources et à renforcer les capacités d'absorber des chocs. (Para : XX).

9.5. Droits humains, Equité et Genre

QE 5.1. Dans quelle mesure les interventions prennent en compte systématiquement les considérations relatives aux droits humains, à l'égalité des sexes et à l'équité lors de leur conception, planification et mise en œuvre ?

QE 5.2. Dans quelle mesure les interventions ont permis de s'adresser aux groupes avec le plus de besoins d'accès au service d'appui nutritionnel ?

QE 5.3. S'il y eu des obstacles d'ordre politique, pratique ou administratif, à l'intégration efficace des droits humains et de l'égalité des sexes lors de la mise en œuvre de l'intervention, quel a été le niveau d'efforts déployé afin de surmonter ces difficultés ?

QE 5.4. Dans quelle mesure le programme adresse les barrières qui empêchent l'accès des femmes aux services fournis par les prestataires de service du programme de prise en charge ?

QE 5.5. Dans quelle mesure le système de suivi, évaluation et rapportage prend-il en compte les considérations relatives aux droits humains, à l'égalité des sexes et à l'équité ?

QE 5.6. En quoi la mise en œuvre du programme PCIMAS a-t-elle le potentiel d'influencer positivement les relations de genre et d'équité ?



Discussion de groupe avec les pères et mères d'enfants de moins de 5 ans au CSPS de Zogoré, district de Ouahigouya, Région sanitaire du Nord, Burkina Faso



Discussions avec leaders communautaires dans le village de Damana, District de Fillingue, Région de Tillabéri, Niger

9.5.1 Prise en compte des droits humains, l'égalité des sexes et l'équité durant la conception, la planification et la mise en œuvre du programme

109. **Droits humains.** D'après le document de l'OMS sur la Santé et les droits de l'homme, le respect des droits humains en santé signifie que les soins de santé sont disponibles, accessibles, abordables, et de qualité pour tout individu¹⁵. L'équipe de l'évaluation a exploré si la Convention internationale des droits de l'enfant¹⁶ a été respectée durant la planification et de la mise en œuvre de la PCIMAS, particulièrement l'article 24 de la convention qui stipule que *'l'enfant a le droit de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux. L'État met un accent particulier sur les soins de santé primaires et les soins préventifs, sur l'information de la population ainsi que sur la diminution de la mortalité infantile. Les États encouragent à cet égard la coopération internationale et s'efforcent d'assurer qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à des services de santé efficaces'*. D'après la revue documentaire et les

¹⁵ OMS. Santé et droits de l'homme. Décembre 2017. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>

¹⁶ <https://www.unicef.fr/dossier/convention-internationale-des-droits-de-lenfant>; **La convention met en avant quatre principes fondamentaux concernant les enfants** : la non-discrimination, l'intérêt supérieur de l'enfant, le droit de vivre, survivre et se développer ainsi que le respect des opinions de l'enfant.

entretiens individuels, au Burkina Faso comme au Niger, le droit à la santé est une priorité du gouvernement et il est pris en compte dans les différentes politiques sanitaires, notamment en matière de disponibilité, et d'accessibilité géographique et financière aux principaux détenteurs de droits tels que l'enfant malnutri, sa famille et sa communauté.

110. Par rapport à la **disponibilité et accessibilité géographique**, dans chacun des pays, les services de PCIMAS font partie du paquet minimum d'activités (PMA) des structures de santé, et elle est mise en œuvre conformément au protocole national de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë sous la coordination de la Direction de la nutrition (DN). Au Burkina Faso, la PCIMAS est mise en œuvre dans toutes les structures sanitaires du pays, contrairement au Niger où les services de PCIMAS ne sont pas disponibles dans les cases de santé dans l'absence d'un(e) infirmier(ière) formé(e). En outre, au Burkina Faso la plupart des structures de santé est situé à moins d'un kilomètre de marche des ménages, les plus éloignés étant distantes de 10 km au plus. Les moyens communément utilisés pour s'y rendre sont la marche à pied, le vélo ou la moto ; tandis qu'au Niger, les CSI avec PCIMAS sont situés à 5–15 km des ménages, les populations s'y rendant le plus souvent à pied ou sur un âne, et rarement par minibus ou en camion pour les longues distances. En résumé, la disponibilité et l'accessibilité géographique aux services PCIMAS semblent meilleures au Burkina Faso, ce qui s'expliquerait par l'intérêt important accordé à l'intégration de la PCIMAS dans le pays durant la période 2015-2019, ainsi qu'une couverture/disponibilité plus importante des structures de santé sur le territoire national en comparaison au Niger, qui a favorisé le rapprochement des services de PCIMAS vers les populations.
111. Par rapport à l'**accessibilité financière**, le Gouvernement du Burkina Faso a adopté la gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes en Mars 2016. Ceci a facilité l'accès aux services à un nombre plus important d'enfants malnutris, spécialement ceux pris en charge en interne qui, avant cette mesure, devaient payer les frais d'hospitalisation et de réalisation d'examen paramédicaux (radiologiques et de laboratoire). Au Niger en revanche, cette gratuité des soins a été instauré par un décret en 2006, mais les retards importants dans le système de remboursement mettent en danger la qualité des soins en continue. La gratuité des services de PCIMAS dans un centre de santé n'est assurée que lorsque ce dernier reçoit l'appui d'une ONG. En outre, les éléments en péril le plus souvent cités incluent l'achat d'antibiotiques en raison des ruptures régulières, l'achat d'aliments pour l'accompagnant(e) de l'enfant au CRENI, les coûts de transport des intrants, et le coût de transport des cas MAS référés. Une feuille de route pour la couverture sanitaire universelle (CSU) a été élaborée en fin 2019, dans laquelle figurent les aspects d'amélioration de l'offre et des déterminants de santé, ainsi que l'amélioration de la protection financière contre le risque maladie. Les résultats en matière de la SME, y compris la nutrition, sont au cœur de la CSU.
112. **Équité.** La programmation et la mise en œuvre de la PCIMAS selon les principes d'équité est un résultat attendu auquel toutes parties prenantes participent avec succès en matière de soutien politique, de production de preuves et de soutien aux activités dans des districts les plus vulnérables, et les familles les plus vulnérables au sein de ces districts. **D'après les agents de santé interviewés, les mères d'enfants et les leaders communautaires, toutes les catégories de famille ont un accès égal aux services PCIMAS au niveau des structures de santé.** En outre, plusieurs stratégies ont été développées pour promouvoir l'équité dans la PCIMAS : les activités communautaires auprès des ménages vulnérables, les équipes mobiles pour les zones avec accès difficile et en crise humanitaire et les populations nomades. Tous les citoyens ont accès aux activités communautaires à travers les différents canaux –la Radio, les RC et ASBC, les campagnes de vaccination. D'après les échanges avec les agents de santé dans les deux pays, toutes les catégories de familles, sans discrimination, ont le même droit d'accès aux services PCIMAS au niveau des structures sanitaires. En revanche, l'accès physique est limité pour les familles pauvres ou qui résident en dehors du rayon de 5 km de l'aire de santé, ou les familles nomades (Peuls et Haussa).
113. **Genre.** Les interventions de la PCIMAS pour les enfants de moins de 5 ans, incluent les activités de promotion à la nutrition et la prévention de la malnutrition, et visent à atteindre les bénéficiaires sans discrimination par rapport au sexe (les hommes et femmes, les filles et garçons). Dans les deux pays, l'évaluation n'a identifié aucune discrimination pratiquée entre les filles et les garçons durant le dépistage,

le diagnostic, l'admission et le traitement de la MAS, ou les soins fournis aux enfants à domicile par leurs parents. Bien que culturellement il y ait une légère préférence pour les garçons dans les familles, les deux sexes subissent un traitement égal en matière de soins de santé, d'alimentation et de nutrition. Cependant, par rapport aux parents d'enfants (ou ceux/celles qui en ont la charge), les groupes qui éprouvent des difficultés pour accéder aux services de PCIMAS sont les ménages dirigés par des femmes (par exemple, les veuves, et les femmes dont les maris sont en exode), ainsi que les familles illettrées et pauvres.

9.5.2 Ciblage des groupes ayant le plus de besoins d'accès au service d'appui nutritionnel

114. Le ciblage des groupes avec le plus de besoins d'accès aux services de PCIMAS se fait en termes de gravité de la malnutrition due à une vulnérabilité à l'insécurité alimentaire et/ou à la pauvreté, ou à des conditions humanitaires. Au Burkina Faso, la note stratégique du programme Nutrition 2018-2020 de l'UNICEF stipule que *“D'ici 2020, les adolescentes, les femmes en âge de procréer particulièrement les femmes enceintes et allaitantes, ainsi que leurs enfants de 0 à 59 mois, principalement les moins de 2 ans optent pour des pratiques optimales de nutrition et augmentent équitablement leur utilisation des services de qualité spécifiques et sensibles à la nutrition, dans un environnement politique et multisectoriel favorable”*²⁷. La PCIMAS fait partie des interventions spécifiques à la nutrition et l'admission se fait sans discrimination liée au statut socio-économique, l'appartenance régionale ou ethnique.

115. Les régions prioritaires au Burkina Faso et au Niger, considérées comme les plus vulnérables par rapport à la prévalence élevée de la malnutrition aiguë, ont été identifiées pour être appuyées par les partenaires (ONG internationales) dans la mise en œuvre du programme. Les PTF ont focalisé leurs interventions sur les districts sanitaires les plus touchés, et ont sélectionné les structures sanitaires avec le plus grand nombre de cas attendus. Les autres régions, districts et/ou structures offrant également les soins PCIMAS conformément au plan de passage à l'échelle de chaque pays bénéficient de peu d'appui d'ONG ou n'en bénéficient pas. Pourtant, des poches de malnutrition peuvent exister dans ces zones non-couvertes, ou peuvent se développer selon les vulnérabilités qui se produisent. D'où la difficulté d'appliquer le principe d'équité selon la gravité de la prévalence de la malnutrition aiguë qui est une moyenne d'un point fixe dans le temps. Pour pallier cette difficulté, le Ministère de la santé au Burkina Faso, en collaboration avec l'UNICEF, conduisaient au moment de l'évaluation, des enquêtes de vulnérabilité dans ces districts afin d'élaborer des réponses spécifiques.

9.5.3 Obstacles à l'intégration des droits humains et à l'égalité des sexes et mesures de correction

116. À la suite des entretiens individuels et les discussions de groupe, les principaux obstacles identifiés dans les deux pays étaient de nature géographique et sécuritaire, financière, et de sexe. Ces obstacles, en plus des mesures de correction prises au Burkina Faso et au Niger, sont résumés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 9 : Obstacles aux droits humains, équité, genre, et mesures de corrections prises

Obstacles	Mesures de correction	
	Burkina Faso	Niger
Obstacles géographiques		
Routes inondées et impraticables en saison pluvieuse ; ce qui isole les populations éloignées de la structure de santé durant ces périodes, limitant l'accès aux services	Les agents de santé donnent des quantités plus importantes d'ATPE aux bénéficiaires pour consommation à domicile pendant les deux ou trois semaines durant lesquels ils ne peuvent pas venir au centre de santé	L'espacement des visites de suivi (chaque deux semaines plutôt que chaque semaine) ; Cliniques mobiles en zones d'intervention humanitaire
Insécurité dans certaines régions des deux pays qui a entraîné la fermeture de plusieurs structures de	PB à domicile adopté en 2019 et appliqué dans tous les ménages ; Protocole simplifié adopté en 2020 et utilisé dans les zones d'insécurité	La disponibilisation des services de PCIMAS dans les centres de santé accessibles pour la population en zone

santé, supprimant ainsi la disponibilité des services de PCIMAS		d'insécurité, et par les cliniques mobiles
Populations nomades qui sont en constante mobilité	A cette date, aucune solution formelle n'est appliquée	Décentralisation de la PCIMAS aux cases de santé où les infirmières sont disponibles, iCCM (stade pilote), cliniques mobiles dans le cas d'une réponse humanitaire
Existence de poches de malnutrition dans les régions non prioritaires à la suite de l'insécurité ¹⁷	Évaluation de ces districts vulnérables en cours, la finalité étant de développer des stratégies de réponses qui leur sont spécifiques	Cliniques mobiles en zones d'intervention humanitaire
Obstacles financiers		
Transfert-transport difficile des enfants MAS avec complications de leurs lieux d'habitation pour les hôpitaux, puisque sous la charge des parents ¹⁸	A cette date, aucune solution formelle n'est appliquée	Ils existent/ont existé des activités prometteuses de mise en place d'un système d'aide au transport organisé par la collectivité ou la diaspora, ou par la taxe du 'centime additionnel' aux consultations
L'alimentation des parents et accompagnants durant leur séjour à l'hôpital est à leur charge	A cette date, aucune solution formelle n'est appliquée	A cette date, aucune solution formelle n'est appliquée
Financement limité du gouvernement et des bailleurs de fonds	Gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans Plaidoyer pour continuer et augmenter le financement de la PCIMAS	Gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans ; Plaidoyer pour continuer et augmenter le financement de la PCIMAS
Obstacles de genre		
Mères en général très occupées par des multiples tâches domestiques ¹⁹	A cette date, aucune solution formelle n'est appliquée	A cette date, aucune solution formelle n'est appliquée

9.5.4 Prise en compte des barrières qui empêchent l'accès des femmes aux services

117. **Au Burkina Faso, aucune difficulté particulière n'a été exprimée par rapport à l'accès aux services de PCIMAS par les femmes ou les enfants de sexe féminin.** La présente évaluation, qui couvrait plusieurs districts du pays, a fait le constat général selon lequel les femmes participent, aux côtés des hommes, en tant qu'agents de santé ou ASBC pour le dépistage et le traitement des cas de MAS. Ces agents ont été recrutés sans discrimination par rapport au sexe. Durant les visites de terrain, 50 agents de santé (MCD/ICP/ PF Nutrition) impliqués dans la prise en charge de la MAS ont été interviewés, dont 19 de sexe féminin, soit 38%. En outre, 34.5% des 17.668 ASBC qui ont été recrutés depuis 2017 sont des femmes. En outre, les femmes participent aux activités de dépistage et de communication à travers les théâtres, forums, causeries et les démonstrations culinaires. Elles distribuent également les ATPE et font le suivi de leur consommation dans les ménages, conformément au protocole national de PCIMAS. Durant les causeries périodiques, les participants étaient majoritairement des femmes (plus de 70%).
118. **Contrairement au Burkina Faso, quelques difficultés d'accès des femmes aux services ont été soulignées par des responsables aux niveaux national, régional et de district au Niger.** Ces difficultés sont le plus souvent liée : (i) aux mouvements restreints des femmes et des jeunes filles (sans membres masculins dans la famille) ; (ii) à l'inégalité des décisions en matière de recherche des soins entre les femmes (mères, filles) et les hommes (pères, garçons) et, (iii) à la participation restreinte des femmes aux réunions communautaires. Les entretiens individuels et les discussions de groupe ont montré que **la prise**

¹⁷ Au Burkina Faso, le fait d'avoir priorisé uniquement les régions dites 'plus vulnérables' dans l'offre de services dans les zones d'insécurité a quelque peu déséquilibré le niveau d'appui apporté par les partenaires aux régions

¹⁸ Ceci constitue un défi d'accès aux services pour les familles qui sont en général pauvres

¹⁹ Travaux de ménages et des soins aux enfants, travaux champêtres, etc.

en compte de l'approche genre au niveau des structures sanitaires et au sein des communautés, et l'implication des pères dans les soins de santé des enfants ont le pouvoir de mitiger ces difficultés. Selon les agents de santé, le recrutement d'une femme médiatrice au niveau du centre de santé, les sensibilisations et visites à domicile faites par les RC et la recherche des cas d'abandons ont permis aux femmes de se sentir plus à l'aise et de recourir aux soins plus aisément. Les leaders communautaires quant à eux ont constaté que **les ménages avec des pères impliqués dans les soins de santé des enfants ont plus de succès et ainsi, les mères sont plus motivées à suivre les nouveaux conseils, et apprécient mieux l'environnement des CSI.**

9.5.5 Prise en compte des considérations relatives aux droits humains, l'égalité des sexes et l'équité dans le système de suivi, évaluation et rapportage

119. Depuis 2004, il est recommandé de désagréger les données de suivi et évaluation des projets humanitaires selon le sexe (SPHERE, 2004). Mais au Burkina Faso comme au Niger, la désagrégation des données du programme PCIMAS selon le sexe et les groupes d'âge des enfants a été initiée seulement en 2018. Selon les données disponibles, **la représentation des admissions des filles pour la PCIMAS en interne était quasiment identique au Burkina Faso (46,5%) et au Niger (46%) en 2018.** Pour la PCIMAS ambulatoire, les filles étaient plus représentées, à hauteur de 52% en 2018 et 2019 au Burkina Faso, tandis qu'au Niger, les filles et garçons étaient équitablement représentés (50% et 49% de filles en 2018 et 2019 respectivement). **Les discussions avec les agents de santé et les RC au Niger confirment quelque peu ces données car les agents de santé semblent voir plus de filles que de garçons en PCIMAS en ambulatoire, alors que les RC semblent voir plus de garçons. Ce qui suggère que la différence dans la représentation des sexes est négligeable.**
120. **Au Burkina Faso, les données de 2019 sur la performance en fonction du sexe et des groupes d'âges, étaient disponibles. Les résultats ont montré que, tant pour le traitement en interne qu'en ambulatoire, les taux de guérison, de décès et d'abandon étaient sensiblement les mêmes pour les garçons et les filles.** Par rapport aux groupes d'âge, les indicateurs étaient légèrement plus favorables chez les enfants de 24-59 mois, sans que la différence avec les autres groupes d'âges ne soit significative.

9.5.6 Influence des relations de genre et d'équité à la suite de l'exposition au programme

121. Au Burkina Faso et au Niger, l'alimentation familiale est culturellement de la responsabilité des femmes dans les ménages. Les hommes ont essentiellement pour rôle de pourvoir aux besoins de la famille et détiennent le principal pouvoir décisionnel et financier dans le ménage. Des observations faites dans une enquête de couverture au Burkina Faso ont montré un partage non-équitable des rôles et responsabilités entre femmes et hommes, la majorité des charges, y compris la prise en charge des enfants malades pesant plus sur les femmes que sur les hommes dans certaines communautés^{20,28}. Il en est de même au Niger, car les discussions ont soulevé de grandes disparités de rôles et responsabilités des pères de famille entre les groupes culturels. Ces disparités expliquent en partie **la présence des facteurs de risque de la malnutrition aussi bien chez les femmes et les enfants tels que les familles nombreuses, les mariages précoces, le niveau élevé d'analphabétisme des filles et des femmes, les travaux champêtres sous la responsabilité des femmes en plus de leur tâches domestiques (recherche d'eau, préparation des repas, les soins des enfants), ainsi que l'allaitement maternel exclusif faible.**
122. Au fil du temps les hommes s'impliquent davantage dans la nutrition familiale aussi bien au Burkina Faso qu'au Niger. Les entretiens avec les agents de santé dans les deux pays ont révélé que les hommes étaient de plus en plus nombreux à accompagner leurs enfants dans les structures de santé pour bénéficier des services de PCIMAS, et assistaient aux différentes activités délivrées dans les structures de santé et à domicile durant les visites effectuées par les ASBC/RC. La mise sur pied des écoles des pères/maris au Niger a permis de mener multiples activités de sensibilisation et de communication pour le changement

²⁰ Cet état des choses faisait que les mères d'enfants admis en PCA et qui avaient beaucoup d'autres enfants abandonnaient facilement le suivi de la prise en charge des enfants malnutris pour s'occuper principalement des activités champêtres, des travaux et des autres enfants dans le ménage, et cela indépendamment de la distance entre les PCA et les villages.

de comportement. Bien qu'il n'ait pas été possible de vérifier la participation des hommes aux activités de nutrition communautaire au Niger, les discussions de groupe avec les pères ont permis de confirmer qu'ils sont bien informés sur la nutrition. Au Burkina Faso en revanche, des observations ont été faites durant les visites de terrain et ont pu confirmer, avec l'analyse des bases des données, une assistance aussi bien féminine que masculine aux activités de communication. D'après les entretiens individuels avec les mères d'enfants et les discussions de groupes avec les ASBC/RC et les leaders communautaires dans les deux pays, la participation des hommes aux activités de communication leur a permis de mieux comprendre l'importance de leur rôle dans la nutrition familiale et du soutien qu'ils doivent apporter à leurs femmes, entre autres, donner régulièrement plus d'argent pour l'achat des aliments, soutenir les femmes dans les travaux champêtres, jouer régulièrement avec les enfants pour s'assurer qu'ils vont bien psychologiquement et émotionnellement, et accompagner leurs épouses et enfants au CSPS les jours de visite pour écouter eux aussi les conseils des agents de santé. D'après la plupart des ASBC interviewés au Burkina Faso, bien que certains soient réticents au changement, la grande majorité d'entre eux a compris et adhéré aux messages de communication du programme.

123. Quant aux femmes, les discussions de groupes avec les mères d'enfants dans les deux pays ont révélé que l'exposition aux messages de communication leur a permis de mieux comprendre les besoins de l'enfant en matière d'alimentation et d'améliorer leurs habitudes culinaires grâce aux activités culinaires réalisées dans la communauté. Toutefois, les changements de comportements proprement dits sont lents à prendre corps au Niger. Au Burkina Faso, certains tabous alimentaires comme le fait d'éviter de donner des œufs aux enfants ont été levés. Certaines femmes préparent des bouillies enrichies qu'elles revendent pour avoir un peu de revenus afin de contribuer aux besoins du ménage.

Conclusions Préliminaires DROITS HUMAINS, EQUITE, GENRE

EGDH 1 : Le principe des droits humains en santé a été suffisamment pris en compte durant la conception et la mise en œuvre du programme PCIMAS dans les deux pays, assurant la disponibilité et l'accès au traitement de la MAS sur tout le territoire national. Les régions les plus vulnérables ont bénéficié davantage d'appuis, la prise en charge de la MAS est gratuite pour tous les enfants de moins de cinq ans. Il n'existe pas une différence d'accès aux soins entre les filles et les garçons aussi bien au Burkina Faso qu'au Niger. (Para xxx, xxx).

EGDH 2 : La PCIMAS est intégré dans le PMA des structures sanitaires des deux pays, mais la disponibilité des services n'est pas optimale au Niger contrairement au Burkina Faso. Les PTF humanitaires ont focalisés leurs interventions sur les besoins des populations les plus vulnérables dans les deux pays. Certaines populations non-couvertes peuvent pourtant développer des poches de malnutrition. La prise en charge du transfert des enfants MAS avec complications dans les structures de santé, l'alimentation des parents et accompagnants durant leur séjour à l'hôpital, et l'appui des districts plus vulnérables au sein des régions non-prioritaires sont des problématiques qui gagneraient à être considérées pour assurer davantage d'équité dans les deux pays. (Para xxx, xxx).

EGDH 3 : La prise en compte des considérations relatives aux droits humains, l'égalité des sexes et l'équité dans le système de suivi et rapportage est adéquate au Burkina Faso et au Niger depuis 2018. (Para xxx, xxx).

EGDH 4 : Aucune discrimination par rapport au sexe, au statut socio-économique ou la localité d'origine n'est pratiquée tant au niveau des bénéficiaires (enfants, parents ou accompagnants, communautés) que des prestataires de soins (responsables et agents de santé, ASBC) au Burkina Faso. Au Niger en revanche, les femmes et les jeunes filles ont plus de difficultés d'accès aux services du fait des normes culturelles

restrictives. Avoir une femme médiatrice disponible a prouvé être un facteur utile pour négocier la fréquentation des services de PCIMAS. (Para xxx, xxx).

EGDH 5 : Dans les deux pays, l'exposition des femmes et des hommes aux messages de communication, sensibilisation et d'éducation leur a permis de renforcer leurs rôles et responsabilités en matière de prise en charge et de prévention de la malnutrition aiguë dans le ménage. Mais des efforts restent à faire au Niger pour que les effets du changement de comportement au sein des ménages soient perceptibles. (Para xxx, xxx).

10. LECONS APPRISSES

Leçon Apprise 1 : Lorsque le rôle important de la PCIMAS est amplement reconnu, surtout en termes de prévention de la mortalité infantile, ses modalités d'interventions sont assez variées et bien plus riches que la simple distribution des ATPE. En particulier, la PCIMAS semble fonctionner mieux là où les différents acteurs dans le domaine de la santé et de la nutrition (ainsi que dans les autres parties prenantes) travaillent ensemble pour (i) créer un environnement favorable pour la PCIMAS ; (ii) assurer les compétences pour la PCIMAS ; (iii) promouvoir l'accès aux services de la PCIMAS ; (iv) accroître les équipements et les fournitures de la PCIMAS.

Leçon Apprise 2 : La médiation sociale (e.g. rendre visite à domicile aux mères d'enfants MAS déchargés des structures sanitaires afin de voir l'évolution de leur état clinique, nutritionnel et psychosociale) est une procédure qui est susceptible de régler des situations sociales, psychologiques ou conflictuelles dans le cadre de la PCIMAS. C'est aussi une démarche assez importante pour vérifier de façon fiable le changement de comportement des ménages vis-à-vis de la malnutrition, au lieu des déclarations verbales lors des enquêtes.

Leçon Apprise 3 : Une stratégie de mise à l'échelle orientée vers l'intégration pour favoriser l'atteinte des standards de qualité internationaux et l'appropriation. Les directives internationales en matière de PCIMAS ont de hautes exigences de qualité qui sont difficilement applicables dans un système de santé en proie aux faiblesses multiples. Des stratégies de renforcement du système de santé permettent de consolider le passage à l'échelle de la PCIMAS, à travers une inclusion progressive des composantes du programme dans les fonctions clés du système de santé national. Des diagnostics et études récurrents, de même qu'un système d'information soutenu peuvent faciliter la conduite d'états des lieux pour identifier les appuis nécessaires à court et long terme. Ainsi, les formations, la mise en place progressive d'un large pool de maîtres formateurs et l'appui continu (à travers le coaching sur le tas et la supervision) facilitent la diffusion des connaissances, renforcent les capacités et les pratiques des gestionnaires et des agents de santé à différents niveaux de la pyramide sanitaire. Il en va de même de l'inclusion de la PCIMAS dans le curriculum de formation des professionnels de santé et la mise en place d'un système formel de partage des connaissances.

Leçon Apprise 4 : L'implication active des communautés et collectivités locales pour renforcer la Gouvernance locale et la couverture de la PCIMAS. Les multiples activités de sensibilisation et de dépistage actif effectuées par les agents de santé communautaire et appuyées par l'État et les différents PTF influencent l'accès et la fréquentation des services, tout en renforçant la confiance et l'appropriation de la PCIMAS par les communautés. La communauté doit être considérée non seulement comme bénéficiaire, mais également comme ressource importante pouvant jouer un rôle de levier pour la durabilité de la PCIMAS. D'où la nécessité de les impliquer dès la phase de planification à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, et de les appuyer systématiquement sur les plans techniques et opérationnels. Une attention continue doit être accordée aux activités de sensibilisation et de participation communautaire, conjointement à l'offre des soins de qualité dans les structures sanitaires, pour que la demande de PCIMAS et la fréquentation des services soient optimales.

Leçon Apprise 5 : Financement et appropriation de la PCIMAS par le système de santé. Bien que les gouvernements aient une longue expérience de mise en œuvre de la PCIMAS, son intégration dans les

politiques et les plans stratégiques n'engendre pas toujours un financement durable du programme par l'Etat. Les réformes de décentralisation constituent d'importantes opportunités pour intégrer le financement des activités de la PCIMAS dans les budgets de santé au niveau périphérique. Toutefois, une telle intégration doit être précédée d'une évaluation systémique des besoins et priorités sanitaires des districts ciblés.

11. CONCLUSIONS FINALES

Pertinence

La PCIMAS est une intervention pertinente qui, du fait de son alignement aux politiques et stratégies nationales et internationales, répond adéquatement aux attentes des bénéficiaires et des partenaires de mise en œuvre. Elle contribue à la survie des enfants de moins de 5 ans, et sa mise en œuvre a été un tremplin pour l'acquisition de nouvelles connaissances en nutrition aussi bien pour les responsables de programmes et prestataires de soins, que pour les parents d'enfants aussi bien en contexte d'urgence que stable. Toutefois, l'absence des cadres d'échanges et de concertation au niveau des districts et le l'insuffisance de leadership sont des limites à la participation et à l'accès aux connaissances par les principaux acteurs de mise en œuvre du programme que sont les agents de santé, les points focaux nutrition, les agents de santé communautaires et les responsables des collectivités locales.

Efficacité

Bien que les indicateurs de performance du programme se soient améliorés au fil du temps, l'accès aux services demeure en deçà des attentes. La mobilisation communautaire, qui est l'élément essentiel pour influencer positivement la couverture du programme, est le maillon faible de l'intervention de PCIMAS. Il est difficile de capitaliser sur les activités communautaires de la PCIMAS à cause de l'insuffisance des données de suivi. La saisonnalité apparaît comme un élément essentiel à considérer dans l'anticipation des pics de malnutrition. Les facteurs majeurs contribuant au succès du programme incluent l'engagement des autorités nationales, des bailleurs, et des partenaires techniques et de mise œuvre, la disponibilité des intrants nutritionnels et la gratuité des soins, ainsi que le couplage avec d'autres activités de santé et l'implication communautaire.

Efficience

Les rapports coût-efficacité des programmes PCIMAS semblent bas, mais ils pourraient encore être améliorés si l'utilisation des ATPE est plus rigoureuse, leur commande est totalement intégrée dans le processus d'achat du système national d'approvisionnement des intrants. Bien que des progrès notoires ont été réalisés dans le renforcement des capacités pour déployer les activités du programme dans les structures de santé, l'atteinte des standards de qualité n'est pas optimale. La mobilité importante du personnel de santé nuit à la continuité des services et à la qualité des soins. L'inclusion du traitement de la MAS dans le curriculum des écoles de formation en santé a le potentiel de mitiger cette importante fréquence d'affectations du personnel de santé qualifié. De nombreuses nouvelles pratiques, adoptées ou pilotées actuellement, sont prometteuses pour rendre les services de PCIMAS plus accessibles, efficaces et efficients. Toutefois, la faible rigueur dans la gestion des sachets issus de la consommation d'intrants nutritionnels met à mal la protection de l'environnement.

Durabilité

Des acquis pouvant perdurer dans le temps ont été développés grâce au renforcement du système de santé et de la communauté, ainsi qu'à l'intégration étroite de la PCIMAS aux autres programmes de santé ciblant le couple mère-enfant. Le leadership, l'engagement et la flexibilité à l'apprentissage, ainsi que l'application des connaissances nouvelles sont des caractéristiques importantes qui ont stimulé l'adhésion au programme. La durabilité technique est faisable, mais la dépendance financière aux bailleurs de fonds d'urgence principalement et la faible implication des gouvernements dans le financement de la PCIMAS limitent les perspectives de durabilité du programme.

Droits humains, équité, genre

Les aspects des droits humains ont été suffisamment pris en compte durant la conception et la mise en œuvre du programme. Cependant, la disponibilité et l'accès aux services de PCIMAS sont limités par la situation sécuritaire précaire dans certaines régions des pays. L'approche PB à domicile et le protocole simplifié sont des opportunités pour combler ce gap. Cependant, les facteurs culturels, le manque de stratégie d'évaluation et le manque de ressources pour le suivi entravent une véritable intégration du genre et de l'équité dans le programme PCIMAS. L'équité gagnerait à être renforcée à travers l'appui alimentaire aux parents d'enfants hospitalisés en prise en charge interne/hospitalière, ainsi que l'appui des districts vulnérables situés dans les régions dites 'non-prioritaires'.

12. RECOMMANDATIONS

Les recommandations stratégiques issues de l'analyse approfondies des synthèses des deux pays ainsi que de plus amples réflexions et échanges tenus avec le staff du Bureau Régional seront incluses dans le tableau ci-dessous.

Tableau 10 : Recommandations Stratégiques

Recommandations Stratégiques			
Conclusions Préliminaires	Texte de la Recommandation	Destinataire(s)	Niveau de priorité
	<p>Partager les constats et conclusions de cette évaluation ainsi que les résultats d'autres études régionales concernant la PCIMAS auprès d'autres institutions régionales (communautés économiques régionales, bailleurs des fonds, etc...)</p> <p>Coordonner la collecte des bonnes pratiques en matière de PCIMAS parmi tous les Bureaux Pays dans la région, sur la base de la Note Technique d'Evaluation sur l'Identification and la documentation des Bonnes Pratiques. Domaines thématiques pourraient inclure la mitigation des ruptures des stocks, l'engagement durables d'acteurs communautaires et même des ménages eux-mêmes dans l'identification des cas de MAS (cela inclut l'organisation, la formation, la motivation et la fidélisation des ressources humaines pour promouvoir l'engagement et l'extension communautaires en matière de santé)</p> <p>Réaliser une cartographie des modalités d'intervention actuelles en matière de PCMAS dans la région de WCAR</p>	<ul style="list-style-type: none">• Sections Santé et Nutrition du Bureau Régional de l'UNICEF (WCARO)• Sections Santé et Nutrition et Section Evaluation du Bureau Régional de l'UNICEF (WCARO)	Haute
	Faire du plaidoyer auprès des Sections du Bureau Régional et des différents Bureaux Pays ainsi que d'autres partenaires et bailleurs en faveur de l'intégration systématique de la PCIMAS dans les	<ul style="list-style-type: none">• Senior Management WCARO• Sections Santé et Nutrition du Bureau	

	<p>programmes de résilience au niveau régional</p> <p>Préparer des notes des plaidoyer pour les Bureau Pays pour que ceux-ci puissent présenter les opportunités liées à l'intégration systématique de la PCIMAS dans les programmes de résilience au niveau national et décentralisé.</p> <p>Cela pourrait inclure : L'inclusion de la PCIMAS dans les Plans de Développement communaux, le pré-positionnement des ATPE dans les districts pendant les saisons où on enregistre des pics dans le nombre des cas de MAS (e.g., avant l'arrivée des pluies et l'implication des partenaires de mise en œuvre dans la livraison dans les centres de santé)</p>	Régional de l'UNICEF (WCARO)	Haute
	Conduire des évaluations rapides pour mesurer la résilience communautaire lors de la mise en œuvre de PCIMAS, conformément au Cadre de 9 Capacités de la Résilience	<ul style="list-style-type: none"> • Sections Santé et Nutrition et Unité Evaluation du Bureau Régional de l'UNICEF (WCARO) 	Moyenne
	<p>Continuer de faire le plaidoyer auprès des Gouvernements nationaux dans la Région pour soutenir la couverture financière des motivations pour les relais communautaires et les agents de santé communautaires dans l'exercice des tâches et responsabilités afférant à la PCIMAS</p> <p>Identifier différentes modalités de soutien durable et distinctes en fonction du contexte spécifique</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sections Santé et Nutrition du Bureau Régional de l'UNICEF (WCARO) 	Haute
	Promouvoir l'engagement communautaire envers la PCIMAS d'une manière holistique, en le reliant à d'autres initiatives et approches communautaires dans le cadre d'un effort plus général visant à améliorer la couverture des soins de santé et à étendre les services durables à travers la communauté.	<ul style="list-style-type: none"> • Sections Santé et Nutrition du Bureau Régional de l'UNICEF (WCARO) 	Haute
	Développer une Théorie de Changement régionale de la PCIMAS comme base pour la formulation du Plan Strategic Régional couvrant les prochaines 4 années	<ul style="list-style-type: none"> • Sections Santé et Nutrition et Unité Evaluation du Bureau Régional de l'UNICEF (WCARO) 	Haute
	Standardiser les outils et les indicateurs de suivi et d'évaluation de l'engagement communautaire au niveau de la PCMAS	<ul style="list-style-type: none"> • Sections Santé et Nutrition + Unité Evaluation + Unité Monitoring + Section C4D 	Haute

		du Bureau Régional de l'UNICEF (WCARO)	
	Produire une note de deux pages sur le rôle et le potentiel des technologies de téléphonie mobile et autres dans la diffusion fiable et opportune de l'information concernant la MAD au niveau communautaire, notamment en termes d'interventions communautaires, de supervision et de suivi de la performance des interventions sur le terrain	<ul style="list-style-type: none"> • Sections Santé et Nutrition et Unité Innovation du Bureau Régional de l'UNICEF (WCARO) 	Moyenne
	Promouvoir l'enseignement de la PCIMAS dans les Institutions de formation en santé et nutrition, accompagnée des stages pratiques et l'évaluation de la qualité et l'efficacité de la formation dispensée aux agents de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Sections Santé et Nutrition et Unité Innovation du Bureau Régional de l'UNICEF (WCARO) 	Moyenne
	Promouvoir un traitement rigoureux et adéquat des sachets issus de la consommation des ATPE dans les pays pour une bonne préservation de l'environnement, en inscrivant cette responsabilité dans les tâches des agents de santé et des agents de santé communautaires	<ul style="list-style-type: none"> • Sections Santé et Nutrition du Bureau Régional de l'UNICEF (WCARO) 	Moyenne

13. ANNEXES

13.1. Structures sanitaires visitées lors de la collecte de données au Burkina Faso et au Niger

Burkina Faso

Région	District sanitaire	Structure sanitaire	
		PCI	PCA
Cascades	DS Banfora	CHR Banfora	CSPS Tarfila
			CSPS Kankounadeni
	DS Sindou	CMA Sindou	CSPS Douna
			CSPS Kankalaba
Centre	DS Bogodogo	HD Secteur 30	CSPS Wemtenga
			CSPS Balkoui
	DS Baskuy	CHU Yalgado	CSPS Secteur 10
			CMU Secteur 6
Centre-Sud	DS Manga	CMA Manga	CSPS Zaptenga
			CSPS Samtenga
	DS Saponé	CMA Saponé	CSPS Kayao
			CSPS Pissi
Centre-Est	DS Garango	CMA Garango	CSPS Sanogho
			CSPS Boussouma
	DS Tenkodogo	CHR Tenkodogo	CSPS Loukou
			CSPS Sabtenga
Est	DS Fada	CHR Fada	CSPS Tibga
			CSPS Louargou
	DS Bogandé	CMA Bogandé	CSPS Kossougdou
			CSPS Margou
Nord	DS Ouahigouya	CHU Ouahigouya	CSPS Bogoya
			CSPS Zogoré
	DS Yako	CMA Yako	CSPS Bouria
			CSPS Loungo

PCI = prise en charge en interne ; PCA = prise en charge en ambulatoire ; CHU = centre hospitalier universitaire ; CHR = centre hospitalier régional ; CM = centre médical ; CMA = centre médical avec antenne chirurgicale ; CSPS = centre de santé et de promotion sociale.

Niger

Région	District	Structure sanitaire	
		CRENI	CRENAS (et communauté)
Maradi	DS Madarounfa	CHR Maradi	CSI Jiratawa (1) CSI Dan Issa
	DS Tessaoua	HD Tessaoua	CSI Guindawa CSI Ourafane
Niamey	DS Niamey II	HNN	CSI Republique CSI Madina
	DS Niamey III	CHR Poudriere	CSI Boukoki CSI Dar Es Salam
Tahoua	DS Madaoua	HD Madoua	CSI Madaoua 1 CSI Azerori
	DS Konni	CHR Tahoua	CSI Laboda (2) CSI Bazaga
Tillabéri	DS Tera	HD Tera	CSI Mehanna CSI Mamassé (3)
	DS Fillingue	HD Fillingué	CSI Bonkougou (4) CSI Damana
Zinder	DS Gouré	HNZ	CSI Gazamni (5) CSI Kelle (6)
	DS Dungass	HD Magaria	CSI Mallaoua CSI Dungass
Totaux	10	10	20

CHR = Centre hospitalier régional ; CSI = Centre de santé intégré ; CRENI = Centre de récupération nutritionnelle en interne ; CRENAS = Centre de récupération nutritionnelle en ambulatoire des malnutris sévères ; DS = District sanitaire ; HD = Hôpital de district ; HNZ = Hôpital national de Zinder ; HNN = Hôpital national de Niamey.

CSI remplacés : (1) CSI de Maraka, (2) CSI de Guidan Ider, (3) CSI de Bankilaré, (4) CSI de Abala, (5) CSI de Tédjira, (6) CSI de Anzari.

13.2. Théorie de changement du programme de PCIMAS

INTRANTS	HYPOTHÈSES	RÉSULTATS	HYPOTHÈSES	EFFETS
<p>Secteur de santé gouvernementale</p> <ul style="list-style-type: none"> Compétence en gouvernance et leadership, coordination Mise en place des politiques et stratégies nationales, protocoles, lignes directrices, outils de travail et de formation Planning et budgets complets Gestion du système d'information sanitaire et surveillance de qualité et connaissance innovante Gestion du personnel de santé de qualité et en quantité Gestion des infrastructures sanitaires, équipements et intrants de qualité et en quantité Organisation des services de santé/PCIMA de traitement, de prévention et de comportements Gestion des structures communautaires participatives 	<p>S'il y a un engagement de former et d'appuyer le personnel de santé, Alors la qualité des soins de PCIMA augmentera, et l'appropriation de la PCIMA augmentera</p> <p>Parce que le personnel compétent sera motivé d'adopter les bonnes pratiques, et le respect de leurs communautés et superviseurs augmenteront</p> <p>Si le planning et les préparations des soins de PCIMA sont mis en œuvre selon le protocole national Alors les ressources seront adéquates et mieux utilisées</p> <p>Parce que les ressources financières et techniques seront basées sur une bonne estimation des bénéficiaires attendus</p>	<p>Gouvernance et leadership</p> <ul style="list-style-type: none"> L'appui à la PCIMA coordonné avec couverture selon les besoins Estimations des besoins adéquates Politiques, stratégies, directives développées, mises en œuvre, utilisées, respectées Informations pour la prise de décision fondées sur des preuves et utilisées Approche compréhensive pour adresser les contingences existantes (p.ex., approche <i>Surge</i>, résilience) <p>Budgets</p> <ul style="list-style-type: none"> Allocation budgétaire suffisante mise à disposition à temps avec décisions décentralisées autorisées <p>Information sanitaire et gestion des connaissances</p> <ul style="list-style-type: none"> Informations clés de qualité de suivi et enquêtes obtenues et suffisantes, résultats partagés et répertoire accessible Conduite d'études de recherche innovantes coordonnées et répondant aux besoins et disponibles <p>Gestion du personnel de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> Personnel formé et compétent avec une couverture selon les besoins Suivi et supervision formative adéquate Opportunité de carrière assurée Travail d'équipe avec l'approche d'amélioration de la qualité de soins en continue rendu possible <p>Intrants</p> <ul style="list-style-type: none"> Ruptures de stock et pertes évitées <p>Dépistage</p> <ul style="list-style-type: none"> Dépistage actif (communautaire) et de routine (structures de santé) assurés <p>Prise en charge</p> <ul style="list-style-type: none"> Traitement hospitalier et ambulatoire disponible de qualité assuré Sensibilisation des bénéficiaires et de la communauté adéquate Soins adaptés selon les évidences et la qualité des soins améliorée et intégrée dans l'approche PCIME et/ou prise en charge à base communautaire 	<p>Si les parties prenantes sont bien informées, plus compétentes et participent dans la mise en œuvre de PCIMA (intéressées en utilisant leurs influences positivement) Alors elles seront plus engagées dans la coordination et les investissements, avec plus d'appropriation</p> <p>Parce qu'elles se sentiront mieux valorisées</p> <p>Si les informations sanitaires de qualité sont disponibles et utilisées Alors les soins seront plus équitables</p> <p>Parce que les populations vulnérables seront mieux ciblées et les problèmes sanitaires mieux priorités (approche systémique)</p> <p>Si les soins de santé primaire sont compréhensifs et axés sur le bien-être du couple mère-enfant Alors les résultats aux soins seront mieux et adaptés aux besoins, Parce que la totalité des besoins (le bien-être) sera pris en compte et adressée</p> <p>Si la stratégie des interventions d'appui est plus pertinente et efficace et rentable (et identifie, débloque et utilise des ressources locales) Alors plus de vies seront sauvées, et plus d'appropriation sera obtenue</p> <p>Parce que les ressources disponibles seront mieux utilisées en consultation avec les PP et un</p>	<p>Pertinence</p> <ul style="list-style-type: none"> Soins compréhensifs et axés sur la personne selon les besoins et attentes <p>Efficacité</p> <ul style="list-style-type: none"> Bon coût-efficacité des interventions Conséquences négatives évitées et/ou mitigées Gestion adaptative (pour un changement contextuel à transformationnel) <p>Qualité (efficience)</p> <ul style="list-style-type: none"> Bon taux de couverture géographique des sites de PCIMA (selon stratégie nationale) Bon taux de couverture d'efficience d'enfants avec MAS acceptable (selon standard national) Taux de guérison, de décès, d'abandons de PCIMA acceptables Amélioration de la consommation d'aliments riches en nutriments de qualité des enfants de moins de 5 ans Amélioration des connaissances et pratiques de soins et d'alimentation des enfants de moins de 5 ans <p>Équité et genre</p> <ul style="list-style-type: none"> Amélioration de l'égalité des sexes (meilleure implication des hommes dans l'alimentation et les soins aux enfants) <p>Durabilité</p> <ul style="list-style-type: none"> Bonne appropriation de la PCIMA à tous les niveaux du système de santé Services de PCIMA intégrés Système de santé résilient aux chocs de malnutrition
<p>UNICEF et partenaires :</p> <p>Appui technique et financier assuré pour</p> <ul style="list-style-type: none"> Coordination technique Plaidoyer pour la nutrition sectorielle et multisectorielle Planification et gestion des budgets Surveillance, informations sanitaires, recherches et innovations Supervision et formation des gestionnaires et prestataires Accès aux intrants et médicaments de qualité et en quantité Réhabilitation des structures Outils de travail pour une prise en charge standardisée de qualité 	<p>Si les parties prenantes (PP) à tous les niveaux comprennent l'avantage de leur participation Alors la demande, les connaissances et l'utilisation de la PCIMA augmenteront,</p> <p>Parce que l'intérêt des individus et institutionnel augmentera (une masse critique augmentée qui déclenchera des changements de comportement) et leur influence sera canalisée</p>			
<p>Bailleurs de fonds</p> <ul style="list-style-type: none"> Contributions financières conditionnelles (en stratégies et compétences) 	<p>S'il y a un bon système d'information sanitaire et de gestion de connaissances Alors les informations seront utilisées pour adapter les stratégies et plans</p> <p>Parce que les compétences pour cibler les vulnérabilités et les priorités sanitaires seront améliorées</p>	Contexte politico-socio-économique et climatique favorable		
				<p style="text-align: center;">IMPACT</p> <p>Santé</p> <ul style="list-style-type: none"> Réduction de la prévalence de la malnutrition aiguë sévère Réduction du retard de croissance Réduction de la morbi-mortalité

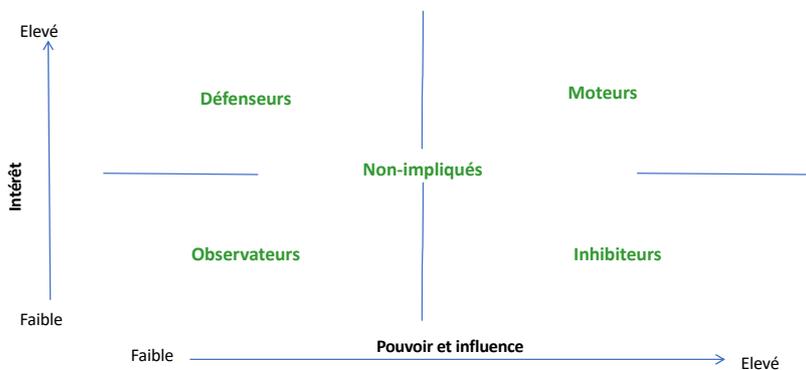
13.3. Analyse des parties prenantes

Le but de l'analyse des parties prenantes est d'identifier les acteurs d'influence ayant un faible intérêt pour la PCIMAS, mais qui pourraient jouer un rôle beaucoup plus important ; et d'identifier les acteurs manquants, afin de cibler les actions de plaidoyer qui permettra de les orienter vers une meilleure position d'appui favorable. Avec l'aide d'une grille (voir ci-dessous) une cartographie simple est construite qui indique le niveau d'influence et le niveau d'intérêt de l'appui donné aux services de PCIMAS, et le label d'appui en moyenne (moteur, défenseur, observateur, bloquer ou inhibiteur, neutre) sera identifié. Dans le tableau, la case en haut à droite montre les acteurs les plus puissants, ceux qui sont des moteurs (influence élevée et intérêt élevé) ; la case en bas à gauche montre les acteurs les moins puissants, et ceux qui sont les observateurs (influence faible et intérêt faible).

Matrice d'analyse des parties prenantes

Niveau	Partie prenante	Rôle (Prévention et/ou prise en charge)	Intérêt Élevé Moyen Faible	Influence Élevé Moyen Faible	Position 1. Moteur 2. Défenseur 3. Non-impliqués 4. Observateur Inhibiteur
National					
Régional					
District sanitaire					
Communauté					

Grille de placement selon intérêt et influence (faible, moyen ou élevé)



Source: Bryson 2004

13.4. Analyse d'intégration

Le but de cet exercice a été de donner une appréciation brute de l'intégration (qui mérite d'être explorée en profondeur pour mieux éclairer les discussions autour de la reprise graduelle par l'État des fonctions clés du système de santé) et d'identifier les actions pour améliorer l'intégration confirmée souhaitable.

Le degré d'intégration du programme de PCIMAS dans les fonctions clés du système de santé est basé sur 21 questions qui donnent une appréciation rapide du degré d'intégration de la PCIMAS dans les fonctions clés classées par les sept domaines du système de santé étatique. Il y a 3 questions sur la gouvernance, 3 sur le financement, 2 sur les informations sanitaires, 4 sur le personnel de santé, 3 sur les intrants, 5 sur les services de soins, et 1 sur la communauté. La notation a été effectuée par (1) achevé (MSP complètement en charge), (2) partiellement achevé (MSP aidé par les PTF), (3) non-achevé (MSP peu impliqué, PTF en charge). Un code de couleur aide à la visualisation du degré d'intégration : (1) en vert = achevé (2) en jaune = partiellement achevé et (3) en rouge = non-achevé (MSP peu impliqué, PTF en charge).

Fonctions du système de santé	
<i>Gouvernance</i>	Les politiques et les plans stratégiques en santé et nutrition étatiques incluent la PCIMAS Le paquet minimum d'activités aux différents niveaux de prestation de services inclut la PCIMAS La mise en œuvre des politiques et plans étatiques incluent la PCIMAS
<i>Financement</i>	Les plans d'action annuels avec allocation budgétaire incluent toutes les composantes de la PCIMAS Le financement de la PCIMAS est regroupé dans une approche sectorielle Le personnel impliqué dans la PCIMAS est géré par l'état
<i>Information sanitaire</i>	Le système de surveillance spécifique à la malnutrition est géré par l'état Le SNIS inclut les indicateurs de PCIMAS
<i>Personnel de santé</i>	Le besoin en agents de santé pour la PCIMAS (l'embauche, la réaffectation et les descriptions des tâches) est couvert par l'état La formation professionnelle initiale des professions de santé est adaptée pour inclure la PCIMAS La formation professionnelle continue et sur le tas, ainsi que la supervision de soutien de l'état incluent la PCIMAS Les évaluations du personnel et le développement de carrières considèrent l'implication dans la PCIMAS
<i>Infrastructures, équipements et intrants</i>	L'équipement, médicaments et intrants en médicaments et produits thérapeutiques pour la PCIMAS figurent sur la liste nationale des médicaments essentiels et des fournitures L'achat centrale d'équipement et d'intrants médicaux couvre les besoins pour la PCIMAS Le système national de gestion d'équipement et d'intrants médicaux inclut ceux pour la PCIMAS
<i>Prestations de services</i>	Les services de soins de santé foraines vers les populations difficiles à atteindre ou vulnérables incluent la PCIMAS La sensibilisation communautaire et le dépistage actif des cas et de référencement des cas MAS est assuré par l'état Les services de pédiatrie (soins de santé secondaires) offrent la PCIMAS Les CSI et case de santé avec personnel qualifié (soins de santé primaires) offrent la PCIMAS dans le cadre de la PCIME (continuum de soins axés sur le couple mère-enfant) Le système de référence et de suivi à domicile (soins de santé primaires à base communautaire) offert est assuré et inclut la PCIMAS
<i>Communauté</i>	Le lien avec la communauté est établi, la participation des acteurs clés à la conception, planification, mise en œuvre et suivi de santé mère et enfant y inclut la PCIMAS

13.5. Innovations de la malnutrition aiguë en cours et/ou testées au BF et le Niger

Sujet	Description	Lieu	Statut	Agence principale [bailleurs de fonds]
Prévention de la malnutrition aiguë (MA)				
Transfer en cash, MAM'OUT	MAM'OUT vise à évaluer les transferts monétaires saisonniers et pluriannuels inconditionnels comme filet de sécurité pour prévenir la MA chez les enfants de moins de 24 mois. L'étude est un essai d'intervention randomisé en grappes à deux bras dans des villages ruraux. Dans le bras d'intervention, les mères reçoivent un transfert monétaire mensuel inconditionnel par téléphone portable pendant 5 mois sur deux ans. Les principaux résultats seront l'incidence cumulative de la malnutrition aiguë (ou de l'émaciation) et la rentabilité (coût-efficacité).	BF, Niger etc.	2013–2018	ACF-Fr, U Gent, Institut de recherche en science de la santé (IRSS)
Paquet aliments et cash, Programme santé nutritionnelle à assise communautaire/SNACK	SNACK vise à évaluer l'impact des transferts monétaires et / ou des suppléments nutritionnels (supplément à base de lipides enrichis en micronutriments) délivrés par les ASC pendant la grossesse sur l'état nutritionnel des mères et enfants de 6 à 24 mois dans trois districts. L'étude est un essai témoin randomisé, avec quatre bras d'étude : 1) SNACK uniquement, y compris l'accès aux services de santé (contrôle); 2) SNACK plus un transfert mensuel en espèces sur une période de 1 000 jours; 3) SNACK plus supplément nutritionnel (Plumpy'Doz) pour les enfants de 6 à 24 mois; 4) SNACK plus un transfert en espèces et un supplément nutritionnel. Des enquêtes transversales seront collectées au départ, à la ligne médiane et à la fin (après 3 ans). Les critères de jugement principaux incluent taille-âge et le poids moyen à la naissance, et secondaire poids-taille.	Mali	2003–2018	Institut de recherche pour le développement (IRD), WFP, International Food Policy Research Institute (IFPRI)
Paquet aliments et cash, Programme de recherche sur l'assistance alimentaire pour l'impact nutritionnel/REFANI	REFANI vise à évaluer l'impact et le rapport coût-efficacité de l'initiation précoce et de la durée plus longue des transferts monétaires d'urgence / saisonniers inconditionnels sur l'état nutritionnel des enfants de 6 à 59 mois dans les pays/ménages à faible revenus à Tahoua, Niger. L'étude est un essai randomisé (ER) en grappes suivant une cohorte d'enfants. Les deux branches sont : 1) un transfert monétaire saisonnier inconditionnel standard sur 4 mois pendant la période de soudure ; et 2) transfert monétaire inconditionnel saisonnier effectué 2 mois plus tôt et plus de 6 mois au total. Le principal résultat est la prévalence de la malnutrition aiguë globale (MAG).	Niger	2015 – 2017	ACF, Concern, UCL, ENN [DFID, ECHO]
Modelling and Early Risk Indicators of AM (Modélisation et indicateurs de risque précoces de la MA), MERIAM	MERIAM vise à : 1) identifier les principaux indicateurs de MA ; 2) prévoir un risque accru de MA et les principaux moteurs de ce risque ; et 3) générer des scénarios qui montrent comment les contraintes et les chocs affectent ce risque au niveau local. MERIAM déploie une combinaison complémentaire de méthodologies innovantes - à la fois la modélisation économétrique et informatique - et exploite une variété d'ensembles de données existants et accessibles pour capturer rigoureusement les facteurs causaux de la MA. Pris ensemble, ces aspects	Niger, etc.	2017–2021	ACF-US, U Maryland, U Genève, U Johns Hopkins [UKAID]

Sujet	Description	Lieu	Statut	Agence principale [bailleurs de fonds]
	permettent au projet de modéliser dynamiquement la fluctuation de la MA dans les contextes où ces informations sont les plus urgentes. En comprenant mieux les principaux facteurs de risque de MA, MERIAM peut prévoir qui pourrait être le plus à risque de devenir émacié, quand il est susceptible de le devenir et où (dans quelle zone géographique il réside).			
Revue de la qualité de l'aide alimentaire - Food Aid Quality Review, FAQR	La FAQR-Burkina vise à tester l'efficacité et la rentabilité de quatre formulations de compléments alimentaires pour la prévention de la MAM et du retard de croissance chez les enfants de 6 à 23 mois. Des estimations du coût de mise en œuvre d'un programme d'alimentation complémentaire avec chaque formule seront également produites. La conception de l'étude est un ER en grappes. Les quatre volets de l'essai sont : 1) CSB enrichie avec l'huile végétale ; 2) RUSF ; 3) CSB+ ; 4) un groupe témoin. Les critères de jugement principaux incluront l'incidence de la MAM et du retard de croissance, mesurés pendant au moins 6 mois après que chaque enfant a cessé de recevoir des aliments supplémentaires.	BF	2014–	U Tufts, IRSS, Save the Children, ACIDI/VOCA [USAID]
Détection				
Click-on MUAC	Ce projet vise à développer un bracelet PB standard simplifié qui sera très sensible et facile à utiliser par les mères et les principales dispensatrices de soins pour la détection de la MAS chez les enfants de 6 à 59 mois. L'étude sera une évaluation non randomisée et non aveugle pour comparer le nouveau prototype avec une bande MUAC conventionnelle. Les résultats principaux seront pondérés Kappa (accord), sensibilité et spécificité.	RDC, Kenya	2015–2017	ACF-US [Humanitarian Innovation Fund]
PB mère – PB famille	L'étude « les mères comprennent et peuvent le faire » vise à 1) déterminer si les mères, avec une formation de groupe minimale, sont capables d'utiliser un bracelet de périmètre brachiale (PB) pour dépister leurs enfants de 6-59 mois pour la MA et les classer dans l'un des trois groupes (sain, modérée, sévère) ; 2) établir s'il existe une différence dans la valeur PB si elle est mesurée sur le bras droit par rapport à la gauche, chez les jeunes enfants ; et 3) déterminer s'il y a une différence dans la valeur PB si la position médiane du bras supérieur est déterminée visuellement au lieu d'être mesurée de la manière «classique». L'étude est un essai non randomisé dans 2 villages d'un district rural du Niger. Les ASC ont effectué une formation de 5 minutes, la mesure par les mères a ensuite été évaluée lors d'une réunion de groupe et comparée aux mesures des ASC expérimentés.	Niger etc.	2016 (fin)	ALIMA (Goal, COOPI etc.) [ECHO]
Diagnostique				
MAS diagnose-photo	Le projet diagnostique photo SAM vise à fournir un outil alternatif pour évaluer l'état nutritionnel des enfants et diagnostiquer la MAS chez les enfants de moins de 5 ans. L'application mobile utilisera des techniques morphométriques géométriques pour générer une comparaison quantifiable des formes du corps chez les enfants	Sénégal	2015–2021	U Madrd, U Dakar [ACF Spain, UK]

Sujet	Description	Lieu	Statut	Agence principale [bailleurs de fonds]
	sains et marasmiques. Les principaux résultats seront le développement et le test de l'application pour un diagnostic précis.			
OPTIDIAG	Le projet vise à générer de nouvelles preuves sur le processus physiopathologique, les besoins nutritionnels et les risques associés aux différents types de déficits anthropométriques chez les enfants de moins de 5 ans, afin d'optimiser le diagnostic et le traitement de la MAS. L'étude utilise une enquête transversale en phase un et une cohorte prospective nichée dans les programmes PCIMA en phase 2.	BF	2015–2019	ACF, U Gent [ECHO]
Expérience opérationnelle sur l'utilisation de PB	L'étude d'intervention non randomisée fournira des preuves de la simplification des protocoles nutritionnels internationaux utilisant uniquement le PB par rapport au protocole standard utilisant à la fois le poids pour la taille et le PB pour l'admission, le suivi et la sortie des enfants MAS sans complications. Les enfants seront inclus pendant 12 mois dans deux sites de traitement. Les résultats, y compris la récupération, l'abandon, l'hospitalisation, le décès et le risque de rechute à 3 mois seront évalués.	Niger	2018–2019	MSF
CeaSurge (approche Surge et PB mère)	CeaSurge lie les approches Surge (mise en place d'un système d'alerte précoce et de préparation du système de santé à répondre à la demande accrue de services de nutrition) et PB mère (améliorer la détection et référence précoce au traitement et la prévention de la malnutrition dans la communauté). Ce projet de recherche réunira ces deux interventions distinctes efficaces de MAS pour améliorer la prestation de services de nutrition au niveau communautaire.	Kenya		Concern, U Trinity [The Innocent Foundation]
Estimer la charge de MAS	Cette étude générera des facteurs de correction d'incidence spécifiques aux pays pour améliorer l'estimation de la charge de la MA et la planification du programme. Les facteurs de correction d'incidence spécifiques au pays générés fourniront des preuves sur si, comment et dans quelle mesure le facteur de correction d'incidence de la MAS varie d'un pays à l'autre afin d'améliorer les outils mondiaux d'orientation et de planification des programmes.	Global	2017–2019	U Harvard, UNICEF [Bill and Melinda Gates Foundation]
Traitement				
Traitement antibiotique non-routiniers de la MAS	Le but de cette étude est d'évaluer l'effet de l'utilisation non routinière d'antibiotiques dans la prise en charge de la MAS sans complication sur la récupération nutritionnelle et le développement de complications dans un contexte opérationnel.	Niger	2018–2019	MSF [MSF]
Risques d'infections nosocomiales chez enfants MAS hospitalisés	Le but de cette étude descriptive est de collecter des informations sur le risque d'infection acquise par les soins de santé dans un centre de récupération nutritionnelle intensive (CRENI) pour enfants MAS hospitalisés soutenu par MSF. Des informations sur les indicateurs cliniques clés seront collectées régulièrement dès l'admission à la sortie. Dans le cadre d'une surveillance active de la transmission bactérienne et de la colonisation, y compris les organismes multi-résistants, tous les enfants subiront des prélèvements sanguins et des prélèvements	Niger		MSF

Sujet	Description	Lieu	Statut	Agence principale [bailleurs de fonds]
	nasaux et rectaux au moment de l'admission, de l'infection suspectée et de la sortie. Les données fourniront une estimation de l'incidence des infections nosocomiales dans des circonstances courantes.			
Traitement par ASC, C-Project	Le C-Projet est un ensemble d'études de recherche qui visent à évaluer l'efficacité de la PCIMA dispensée par les agents de santé communautaires (ASC) par rapport à la PCIMA standard dispensée aux structures sanitaires. L'objectif principal est d'augmenter la couverture du traitement MAS avec les ASC.	Niger, Mali, Maurétanie	2017–2019	ACF [OFDA]
Protocole simplifié, OPTIMA	OPTIMA cherche à optimiser le traitement de la MA chez les enfants de 6 à 59 mois. L'étude est un essai nutritionnel randomisé à base communautaire d'un protocole de traitement simplifié pour les enfants souffrant de MAS et MAM	BF, etc.	2017–2018	ALIMA
Protocole combiné pour la MA, COMPAS	CompPAS vise à développer et tester un protocole combiné pour le traitement de la MAS et de la MAM afin d'améliorer la couverture, la qualité, la rentabilité et la continuité des soins. L'étape 1) était une analyse rétrospective des données des dossiers des patients pour développer les protocoles combinés. L'étape 2) pilotera le protocole combiné à travers deux ER en grappes dans les structures sanitaires dispensant un traitement MAM / MAS. Le principal résultat sera le taux de récupération et une analyse coût-efficacité.	Soudan du Sud, Kenya	2018–2019	IRC, ACF [CIFF, OFDA]
Protocole simplifié, PROMIS	PROMIS-BF vise à évaluer l'effet d'une approche intégrée de prévention et de traitement consistant en une couverture de dépistage plus élevée et une communication préventive sur le changement de comportement (CCC) + supplémentation en nutriments à base de lipides en petite quantité (SQ-LNS) chez les enfants âgés de 6 à 23 mois. L'étude est un essai témoin randomisé avec à la fois une mesure transversale des enfants de 0 à 17 mois au départ / à la fin et une cohorte longitudinale d'enfants de 0 à 18 mois. Les principaux critères de jugement sont la prévalence et l'incidence de la malnutrition aiguë (WHZ <-2 ou PB <125 mm), la couverture et l'observance du traitement.	BF		HKI, IFPRI [DFATD]
Produits améliorés - Recettes alternatives				
Dosage adapté, MANGO	L'étude MANGO vise à mesurer l'efficacité et la rentabilité d'une dose réduite de l'aliment thérapeutique prêt-à-l'emploi (ATPE) sur les résultats du traitement pour les enfants de 6 à 59 mois souffrant de MAS. L'étude est un ER avec deux groupes : 1) un groupe recevant la dose de traitement standard de RUTF ; et 2) un groupe recevant une dose de traitement réduite d'ATPE à partir de la semaine 3 de traitement. Le résultat principal est le taux de prise de poids pendant le traitement, taux de récupération et d'autres. Les résultats fourniront des informations précieuses sur l'efficacité et la rentabilité d'une dose réduite d'ATPE pour les enfants atteints de MAS. Cela a des implications potentielles importantes non	BF	2014–2020	ACF, U Copenhagen [CIFF, ECHO]

Sujet	Description	Lieu	Statut	Agence principale [bailleurs de fonds]
	seulement pour la PCIMA au Burkina Faso, mais pour les directives et politiques et programmes dans le monde. Si une dose réduite d'ATPE est efficace et rentable pour le traitement de la MAS, davantage d'enfants peuvent être traités avec les ressources dont nous disposons aujourd'hui.			
Nouvelles formulations, TreatFood	Treatfood est un essai randomisé évaluant l'effet des compléments alimentaires pour le traitement de la MAM avec un plan factoriel 2x2x3. Les suppléments étaient soit un CSB ou un LNS, avec soit du soja décortiqué et de l'isolat de soja et différentes quantités de lait (0%, 20% ou 50% des protéines totales), résultant en 12 produits différents. Le critère de jugement principal était l'augmentation de la masse exempte de graisse évaluée par la dilution du deutérium. Les résultats secondaires comprenaient l'anthropométrie, l'hémoglobine, le statut en fer, les acides gras essentiels, les protéines de la phase aiguë, l'IGF-1, la taille du thymus, l'activité physique et le développement de l'enfant (www.treatfood.org).	BF	2013–2017	U Copenhagen, MSF [ECHO, DANIDA, MSF, WFP, USAID etc.]

AM = Malnutrition aiguë/MA ; ASC = agent de santé communautaire ; ATPE = aliment thérapeutique prêt-à-l'emploi ; BF = Burkina Faso ; CCM = Community case management - gestion communautaire de maladies (infantiles) ; ER = Essai randomisé ; MAM = malnutrition aiguë modérée ; MAS = malnutrition aiguë sévère ; PB = Périmètre brachial - mid-upper arm circumference/MUAC ; RDC = République démocratique du Congo ; U = Université ; WASH = Eau, assainissement et hygiène/EAH ;
Source : acutemalnutrition.org/fr/ongoing-research, consulté le 13 janvier 2020.

13.6. Méthodologie de Calcul des coûts et du rapport coût-efficacité

Les analyses coût-efficacité, qui font partie de l'évaluation économique, visent à éclairer la prise de décision sur les options de traitement et la planification de la mise en œuvre à l'échelle dans différents contextes de systèmes de santé [1-3]. Comme le souligne le Plan d'action mondial pour la lutte contre l'émaciation des enfants, les analyses coût-efficacité méritent d'être plus systématiquement intégrées dans la mise en œuvre et le suivi des programmes [4].

Le processus a commencé par l'identification des centres de coûts et des partenaires auprès desquels les données seront collectées, en vue de maximiser l'exhaustivité tout en évitant les doubles comptes. Après des entretiens des partenaires cibles, notamment l'UNICEF, l'USAID, ECHO, et la DN, il est apparu nécessaire de recentrer l'étude sur l'UNICEF, et d'ajuster les centres de coûts en conséquence. Par ailleurs, nous avons obtenu de Inno Faso, des données exhaustives sur les quantités et valeurs annuelles d'ATPE livrées durant la période sous revue, et la part livrée à l'UNICEF (voir **tableau** ci-dessous).

Tableau 11 : Pourcentage d'ATPE livré à l'UNICEF, Burkina Faso 2015-2019

	2015	2016	2017 ¹	2018 ¹	2019	Moyenne
Livraison à l'UNICEF (%)	98.8%	87.6%	66.0%	66.0%	90.2%	79.9%

Source : Inno Faso

¹Le gouvernement a acheté des intrants PCIMAS (ATPE, lait thérapeutique ...) pour environ 1 milliard de FCFA en 2017 et 1.5 milliards de FCFA en 2018

Les bases de données, encore incomplètes que nous avons reçues de l'UNICEF ont été exploitées, et les informations synthétisées en neuf centres de coûts). Nous avons ensuite divisé ces chiffres UNICEF par le pourcentage dans le tableau ci-dessus, en vue d'obtenir des estimations que l'on peut qualifier de "niveau national".

Sur la base des données issues de 24 enquêtes de couverture conduites entre 2010 et 2014 dans différents districts du Burkina Faso, nous avons estimé le PB moyen à l'admission, l'âge moyen à l'admission, et la durée moyenne de l'admission à la guérison, et utilisé ces informations pour modéliser le nombre de décès évités (ou vies sauvées), ainsi que les années de vie corrigée de l'incapacité (AVCI). Comme le montre le **diagramme** ci-dessous, l'AVCI est la somme des Années de Vie Perdues (AVP) et des Années de Vie avec l'Incapacité (AVI) [5,6]. Les possibles sources d'erreur dans les estimations ont été prises en compte à l'aide de techniques de "fuzzy triangular numbers", les résultats présentés sous forme d'estimation ponctuelle, valeur minimale, et valeur maximale [7]. Avec ces informations, nous avons estimé les cinq indicateurs de coût-efficacité et coût-efficacité suivants, qui seront comparés aux résultats d'autres études [8-12] :

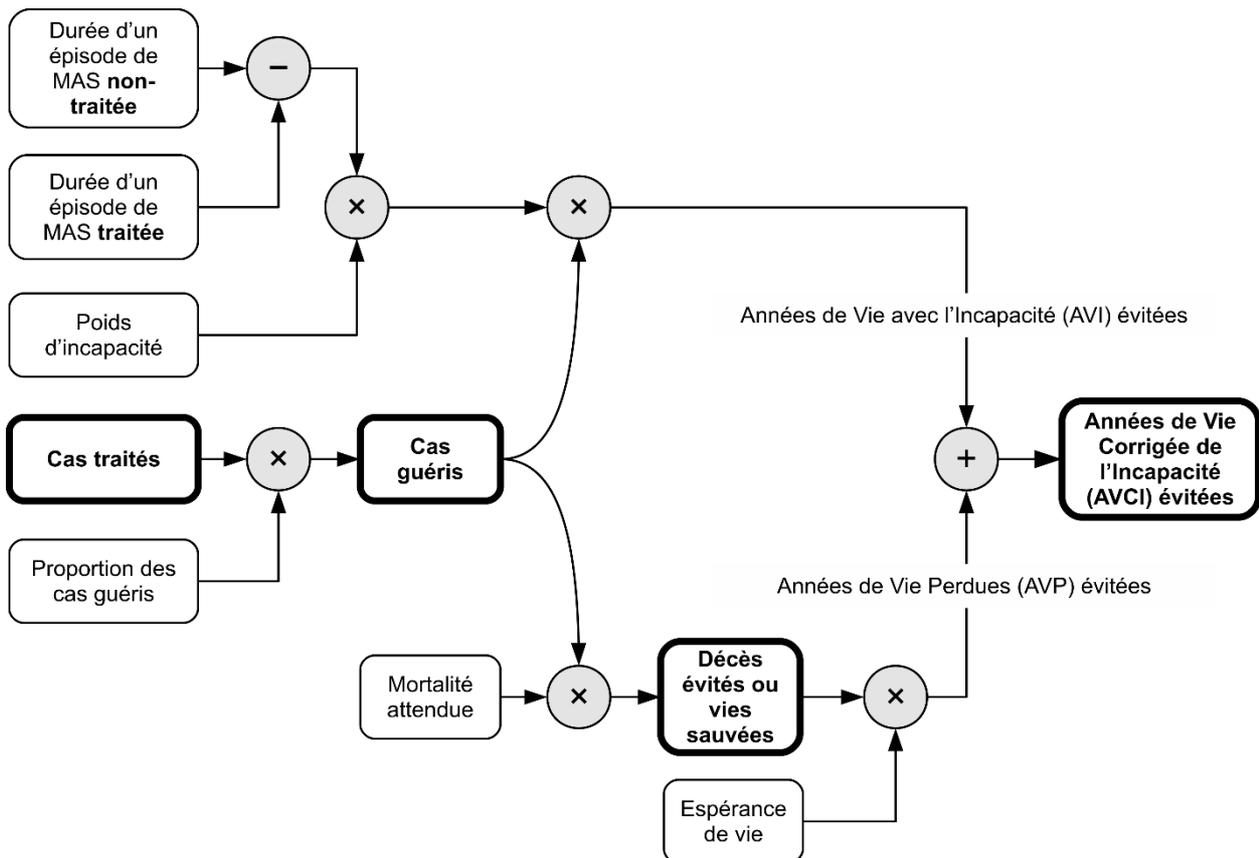
- Nombre de sachets d'ATPE par enfant admis en MAS ambulatoire
- Coût par enfant admis en MAS (en \$US)
- Coût par enfant guéri (en \$US)
- Coût par décès évité (en \$US)
- Coût par AVCI évitée (en \$US)

Références

1. Tulloch, C., 2019. Taking intervention costs seriously: a new, old toolbox for inference about costs. *Journal of Development Effectiveness* 11, 273–287.
2. ACF, Save the Children, No Wasted Lives. 2020. Les Rapports Coût-Efficacité et Coût-Efficacité de la Prise en Charge de l'Emaciation chez les Enfants : Un Examen des Preuves, des Approches et des Enseignements.
3. Tan-Torres ET, Balthussen R, Adam T, et al. 2003. Making Choices in Health : WHO Guide to Cost-Effectiveness Analysis. World Health Organization, Geneva

4. WHO, FAO, UNHCR, UNICEF, WFP. 2020. Global action plan on child wasting. A framework to accelerate progress in preventing and managing child wasting and the achievement of the sustainable development goals.
5. Myatt M, Puett C, Assaye B, Fotso JC. Handbook on Cost-Effectiveness Analysis for CMAM. Forthcoming.
6. Puett C, Assaye B, Myatt M. 2019. Disability-adjusted life years for severe acute malnutrition: implications of alternative model specifications. Public Health Nutrition, 1-9
7. Kaufmann A, Gupta MN. 1985. Introduction to fuzzy arithmetic: Theory and applications, Van Nostrand Reinhold Co., New York, USA.
8. Fotso JC, Myatt M. 2019. Cost Effectiveness Analysis of the Community-based Management of Acute Malnutrition (CMAM) Surge Approach in Niger. Concern Worldwide.
9. Frankel S, Roland M, Makinen M. 2015. Costs, Cost-Effectiveness, and Financial Sustainability of Community-based Management of Acute Malnutrition in Northern Nigeria. Results for Development Institute.
10. Puett C, Sadler K, Alderman et al. 2013. Cost-effectiveness of the community-based management of severe acute malnutrition by community health workers in southern Bangladesh. Health Policy and Planning 28 :386–399
11. Wilford R, Golden K, Walker DG. 2012. Cost-effectiveness of community-based management of acute malnutrition in Malawi. Health Policy and Planning 27:127–137

Figure 12 : Diagramme de calcul des années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI)



NB : Pour cette étude, le nombre de cas guéris provient directement des bases de données

13.7. Termes de référence

unite for
children

unicef 

UNICEF WCARO TERMES DE REFERENCES

Titre de la consultance : Recrutement d'un Cabinet d'Évaluation pour la conduite de l'Évaluation Multipays du programme de prise en charge de la Malnutrition Aiguë Sévère (Burkina Faso & Niger)

Durée de la consultance : Entre Octobre 2019 et Mars 2020

I. OBJET DE L'ÉVALUATION

Cette évaluation a pour objet deux programmes de nutrition de l'UNICEF dans la région de l'Afrique de l'Ouest et du Centre : le programme national de Prise en Charge de la Malnutrition Aiguë Sévère (PCIMAS) au Niger ainsi que le Programme national de Prise en Charge de la Malnutrition Aiguë Sévère (PCIMAS) au Burkina Faso. Ci-dessous plus de détails concernant les deux programmes. Prière de noter que même si certaines des sections suivantes présenteront des informations spécifiques pour chacun des deux programmes, d'autres présenteront des informations communes aux deux programmes. Dans cette section vous trouverez plus de détails sur chacun de deux programme PCIMAS au Niger et au Burkina Faso.

1) **Premier Programme à Evaluer : Programme de Prise en Charge de la Malnutrition Aiguë Sévère (PCIMAS) au Niger.**

Contexte

Le Programme de Prise en Charge de la Malnutrition Aiguë Sévère (PCIMAS) au Niger vise à répondre à une situation nutritionnelle assez alarmante au niveau national, comme les attestent les données disponibles. Les prévalences de malnutrition aiguë globale (MAG) et sévère (MAS) au Niger sont depuis plusieurs années consécutives, proches ou au-delà du niveau d'alerte (> 10%), pouvant facilement atteindre le seuil critique fixé par l'OMS (> 15%). Les autres formes de malnutrition sont également très répandues, avec par exemple 42% des enfants de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance (enquête nutritionnelle 2016 basée sur la méthodologie SMART) et des taux d'anémie chez les moins de 5 ans dépassant les 70% (DHS 2012)²¹. L'insécurité alimentaire chronique et aiguë est l'un des principaux facteurs sous-jacents. Au cours de la dernière décennie, le Niger a fait face à trois situations d'urgence déclarées en matière de sécurité alimentaire et nutritionnelle (en 2005, 2010 et 2012), ce qui a eu un impact non négligeable sur l'état nutritionnel de la population et notamment des enfants de moins de 5 ans. Cependant, quelle que soit les années (bonnes ou mauvaises récoltes), la prévalence de la malnutrition aiguë reste très élevée. Outre l'insécurité alimentaire, la prévalence élevée des maladies infectieuses, le manque de services de santé préventifs et curatifs, le manque d'eau potable et d'installations sanitaires, ainsi que des pratiques non adéquates de soins pour les nourrissons, les enfants et leurs mères influencées par des normes sociales très fortes entraînent des niveaux de sous nutrition, aiguë et chronique, élevés et persistants. La désagrégation des prévalences en fonction des groupes d'âge révèle des prévalences de MAG et MAS particulièrement élevées chez les enfants de 6 à 23 mois.

Mise à l'échelle de la PCIMAS

Vis-à-vis une telle aggravation de la situation nutritionnelles des enfants dans le pays, la mise à échelle progressive du programme de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère (PCIMAS) a été initiée après la crise de 2005. Cette mise à l'échelle rapide (entre 2009 et 2011) a été facilitée par l'évolution au niveau global 1 Des problèmes de qualité dans les données d'enquête nutritionnelle sont à souligner avec des prévalences de malnutrition aiguë sévère improbables (p. ex. 6% MAS à Maradi en 2015 – Enquête ENISED 2015 ; 21% MAS à Diffa en 2012 – EDSN 2012). 2 du traitement de la malnutrition²² et de l'adoption d'un protocole de prise en charge de la MAS basé sur le traitement en ambulatoire des cas de MAS sans complication, grâce aux Aliments Thérapeutiques Prêt à l'Emploi (ATPE). Le Niger a développé son premier protocole de prise en charge de la malnutrition en 2005, mis à jour ultérieurement en 2011 et 2016, conformément à l'évolution des directives mondiales.

²¹ Des problèmes de qualité dans les données d'enquête nutritionnelle sont à souligner avec des prévalences de malnutrition aiguë sévère improbables (p.ex. 6% MAS à Maradi en 2015 – Enquête ENISED 2015 ; 21% MAS à Diffa en 2012 – EDSN 2012).

²² WHO. Community-based management of severe acute malnutrition, A Joint Statement, World Health Organization, World Food Programme, United Nations System Standing Committee on Nutrition and United Nations Children's Fund, 2007 (updated 2011).

Actuellement, la prise en charge de la MAS fait partie intégrante des soins de santé primaires de routine et est fonctionnelle dans tous les Centres de Santé Intégrés (CSI) et hôpitaux du pays (922 structures sanitaires au total, incluant 44 hôpitaux nationaux, régionaux et de district), ainsi que dans quelques cases de santé dotés d'un personnel qualifié. L'UNICEF et ses partenaires ont traité en moyenne 370 000 enfants annuellement dont 55 000 à 60 000 (15% – 20%) enfants MAS présentant une complication médicale et nécessitant des soins hospitaliers intensifs.

Le nombre d'enfants pris en charge annuellement représente quasiment 100% de la cible estimée. Or les enquêtes de couverture réalisées à l'échelle de quelques districts sanitaires laissent sous-entendre que la couverture de la PCIMAS au niveau national n'atteindrait pas les 50%, ce qui laisse à penser que la méthodologie utilisée au niveau international consistant à multiplier le nombre d'enfants de moins de 5 ans par la prévalence de la MAS et d'appliquer un facteur de correction (2,6) afin de prendre en compte l'incidence sous-estimerait le nombre d'enfants souffrant de MAS au Niger. Une étude récente²³ indique que le facteur de correction dans le contexte du Niger serait de 2 à 5 fois plus élevé que celui utilisé actuellement.

Résultats / impact du programme

Au cours de la dernière décennie, 2,6 millions d'enfants ont été admis dans les programmes de prise en charge de la MAS au Niger, avec des indicateurs de performance dépassant les normes minimales internationales (standards SPHERE), contribuant ainsi à la réduction de la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans au Niger²⁴. Dans les 44 hôpitaux nationaux, l'appui d'ONG et les investissements conséquents y afférents pour le traitement de la MAS a permis de renforcer la prise en charge globale au niveau des services de pédiatrie. Au total en 2015, environ 130,000 enfants (dont plus de 55,000 enfants sévèrement malnutris) ont été traités dans les services de pédiatrie soutenus par les ONGs.

Le programme a également contribué à soutenir certaines approches préventives telles que la promotion et le conseil en ANJE, les activités « WASH in Nut » et l'intégration du dépistage de la MAS au sein des programmes de santé tels la PCIME-communautaire ou le programme de chimio prophylaxie saisonnier (CPS) du paludisme couvrant 28 des 44 districts que compte le Niger et touchant plus de 2,6 millions d'enfants chaque année. Comme le montre le graphique 4, les résultats de la campagne CPS 2016 couplée au dépistage précoce de la MAS a entraîné une diminution des hospitalisations des enfants MAS pendant la période de soudure (juillet à novembre).

Il convient de souligner que le programme PCIMA est en pleine évolution, incluant une variété d'interventions spécifiques et sensibles à la nutrition. Cependant, les prévalences de malnutrition restent élevées et évoluent très lentement dans le temps. Étant donné l'impact de la malnutrition sur la mortalité et le bien-être des enfants, la pérennisation des programmes PCIMA reste une priorité. Compte tenu des nombreux défis et face aux financements d'urgences qui vont en s'amenuisant, la prise en charge de la MAS doit inévitablement être repensée et restructurée. Une évaluation approfondie de la PCIMA au Niger sur les 10 dernières années doit permettre d'identifier les leçons apprises et les orientations nouvelles permettant de repenser la stratégie PCIMA prenant en compte les changements dans le contexte actuel du Niger en termes de financement et de partenariats.

2) Deuxième Programme à Évaluer : Programme de Prise en Charge de la Malnutrition Aiguë Sévère (PCIMAS) au Burkina Faso.

Contexte

Le Programme de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère (PCIMAS) vise à assurer la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère à travers toutes les structures de santé du Gouvernement. Le dépistage de la malnutrition aiguë fait partie du paquet d'activités des agents de santé à base communautaire, ainsi que la référence des enfants malnutris vers les structures de prise en charge. Malgré la mise en œuvre du programme PCIMAS depuis 2008 au Burkina Faso, la situation nutritionnelle demeure préoccupante même si la tendance ces dernières années est à l'amélioration. En effet, les prévalences de la malnutrition aiguë globale sont passées de 19% en 2003 (EDS, 2003) à 8.4% en 2018 et le retard de croissance est passé de 31.5% en 2009 à 25% en 2018 (enquêtes nutritionnelles 2009 et 2018 basées sur la méthodologie SMART). En dépit de la baisse relative de la prévalence de la MAG au niveau national, dans certaines régions elle demeure toujours au-dessus du seuil de sévérité de 10% défini par l'OMS. Ainsi, selon l'enquête nutritionnelle nationale de 2018, le taux de malnutrition aiguë globale variait de 5.8% dans la région du centre Sud à 12.6% dans la région du Sahel ; alors que le taux de malnutrition aiguë sévère variait de 1.0% à 3.1% dans les mêmes régions). Le taux de malnutrition aiguë globale est plus élevé chez les enfants de 6 à 11 mois, avec une prévalence de 12,9 %. En ce qui concerne l'état nutritionnel des femmes, la prévalence de l'insuffisance pondérale/de la minceur (mesurée par un indice de masse corporelle (IMC) inférieur à 18,5 cm/kg²) est de 16 %²⁵. Il existe des écarts significatifs entre les zones rurales et urbaines (19 % contre 8 %) et entre les régions, variant du minimum de 8 % dans la région Centre au maximum de 31 % dans la région Est. Les adolescentes (15 à 19 ans) ont la prévalence la plus élevée (23 %) parmi les femmes âgées de 15 à 49 ans. En outre, les carences en micronutriments persistent avec une prévalence de l'anémie de 62% chez les femmes en âge de procréer et 72.5% chez les femmes enceintes selon les résultats de l'enquête nationale sur l'Iode et l'anémie au Burkina Faso réalisée en 2014 (ENIAB, 2014).

La crise humanitaire au Burkina Faso s'est intensifiée depuis 2018 en raison de menaces sécuritaires prolongées et d'attaques de groupes armés principalement dans les régions frontalières. Au 31 décembre 2018, le gouvernement a déclaré le statut « d'urgence » dans 14 provinces de 6 régions sur 13 (Sahel, Nord, Centre-Est, Hauts-Bassins, Boucle du Mouhoun et Est). A la date du 10 juillet

²³ WHO. Guideline: Updates on the management of severe acute malnutrition in infants and children. 2013

²⁴ Lancet – Mortality countdown

²⁵ EDS Burkina Faso 2010.

2019, le nombre total de déplacés internes enregistrés est de 219 756 dont 122,473 déplacés dans la région du Sahel et 80,103 déplacés dans la région du Centre Nord.

Au cours de ces dernières décennies le pays a connu des chocs successifs qui ont accru la vulnérabilité de la population et augmenté les besoins d'assistance humanitaire. La récurrence des perturbations climatiques (mauvaise pluviométrie, sécheresse, inondations...) d'une part, les attaques de ravageurs (invasions aviaires et acridiennes, grippe aviaire, la chenille légionnaire, etc.) et les perturbations sanitaires d'autre part, sont entre autres les facteurs explicatifs de cette situation qui expose chaque année un nombre croissant de populations au risque d'insécurité alimentaire et nutrition. A cela s'ajoute un climat sécuritaire fragile dans la partie nord du pays avec des déplacements internes de population perturbant la continuité des services de santé et la mise en œuvre des activités agropastorales.

L'analyse des goulots d'étranglement du programme PCIMA réalisée en 2017 a identifié comme goulot important au niveau de l'offre des services de nutrition, à savoir l'insuffisance des ressources humaines qualifiées (seulement 20% des agents de santé éligibles à la formation PCIMA sont formés), et une faible utilisation initiale au niveau des déterminants de la demande. Le réseau de santé communautaire qui est sensé couvrir le gap de l'accessibilité géographique aux soins dans un rayon de 5 Km, n'avait pas pu être analysé.

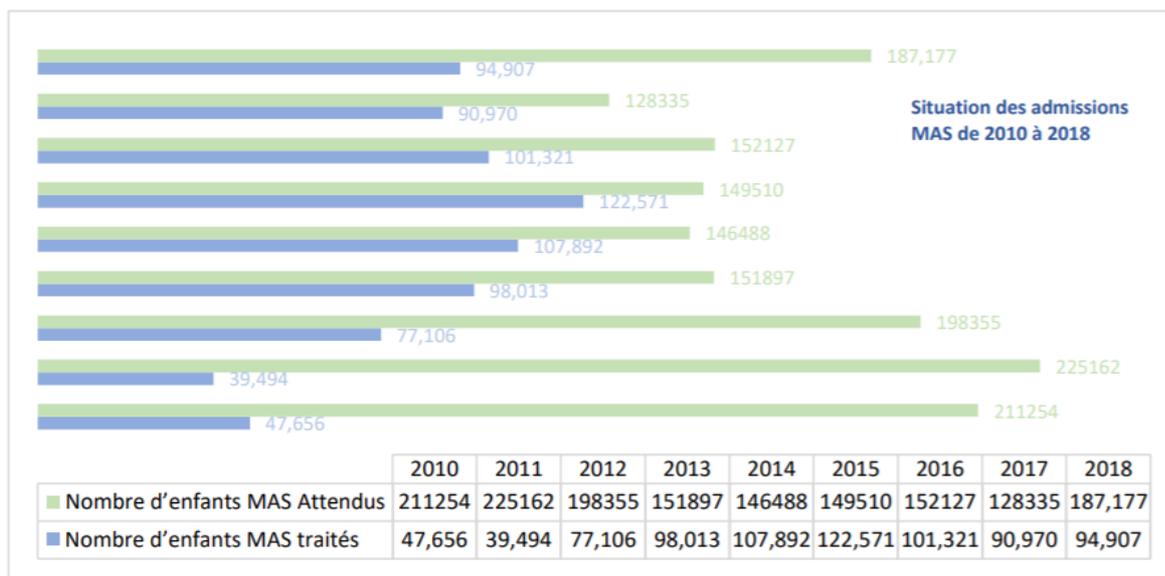
Mise à l'échelle

En 2007, le protocole de PCIMAS a été élaboré et adopté par le Gouvernement. En 2008 et 2009, les agents de santé ont été formés et la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère a été mise en place progressivement sur l'ensemble du pays. Ceci a permis de prendre en charge plus de 34 000 enfants MAS en 2009. Ce nombre est passé à plus de 47 000 en 2010, ce qui correspond à une couverture de prise en charge des cas de MAS de 40%. Au vu de ces résultats positifs, le Gouvernement a décidé de mettre place un plan permettant d'étendre progressivement cette approche PCIMAS à travers tout le pays. Pour permettre une mise à l'échelle efficace et réaliste de la PCIMAS, un plan national de passage à l'échelle a été défini sur la période 2011-2015 avec pour objectif général d'améliorer la couverture indirecte des cas de malnutrition aiguë sévère chez les enfants de 0 à 59 mois de 40% en 2010 à 80 % en 2015 au Burkina Faso. Ce plan est fédérateur des efforts consentis par le Ministère de la Santé et les partenaires de la nutrition qui interviennent dans la prise en charge de la malnutrition. Le Gouvernement s'est donc engagé, avec l'appui de ses partenaires techniques et financiers, à renforcer les interventions de nutrition aussi bien au niveau du système de santé qu'au niveau communautaire. Tenant compte des nouvelles normes de l'OMS en matière de prise en charge de la malnutrition aiguë (PECIMA) et de l'approche communautaire de la malnutrition aiguë sévère, le Burkina Faso a révisé son protocole national de prise en charge de la malnutrition aiguë en 2014. Depuis 2015, la prise en charge de la MAS fait partie intégrante des soins de santé primaires de routine et est fonctionnelle dans tous les centres de santé et hôpitaux du pays (2018 structures sanitaires au total, dont 6 hôpitaux nationaux, 8 régionaux, 108 centres médicaux et 1896 centres de santé et de promotion social).

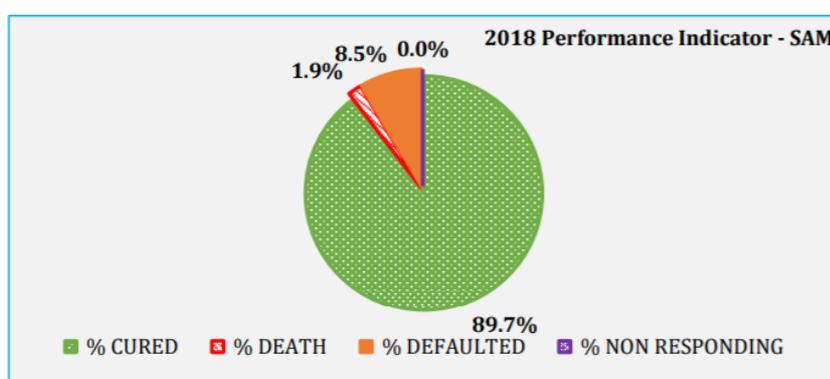
Résultats / impact du programme

Au cours de ces années, la mise à l'échelle du programme de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë sévère a été faite progressivement et le nombre d'enfants MAS traité est passé de 47 656 en 2010 à 94 907 en 2018. Au total, de 2010 à 2018, 779 930 enfants MAS ont été admis et pris en charge dans le programme PCIMAS. Le nombre de structures de santé a augmenté passant de 1 535 formations sanitaires en 2010 à 2018 formations sanitaires en 2019 y compris les Centres hospitaliers universitaires, les centres hospitaliers régionaux et centres médicaux.

Le graphique ci-dessous suivant montre le nombre d'enfants traités par an de 2010 à 2018



Graphique : Nombre de MAS admis dans le programme PCIMAS de 2010 à 2018 (Endos)



Les indicateurs de performance du programme PCIMA au cours de ces dernières années sont restés globalement supérieures aux normes minimales internationales (standards SPHERE), contribuant ainsi à la réduction de la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans.

A ce jour on dénombre de grandes réalisations dans l'Environnement favorable qui sont entre autres :

- ✓ La création d'une ligne budgétaire au niveau du ministère de la santé : 1

milliard de FCFA pour l'achat des intrants en 2017, 1.4 milliard de FCFA en 2018 et 2 milliards prévus en 2019. Ainsi, le Gouvernement du Burkina Faso a acheté Ainsi, le Gouvernement du Burkina Faso a acheté 30,000 cartons (soit 2.760 Tonnes) d'aliments thérapeutiques prêts à l'emploi (ATPE) en 2017 et 48,000 cartons d'ATPE en 2018 (soit 4.416 Tonnes) alors que 64,000 cartons d'ATPE (soit 5.888 Tonnes) devraient être achetés en 2019.

- ✓ La prise en compte de la nutrition dans le Plan National de Développement Economique et Social (PNDES), le référentiel de Développement du Pays ;
- ✓ La gratuité effective des soins de santé aux enfants de moins 5 ans et aux femmes enceintes sur l'étendue du territoire national. Ainsi, les médicaments pour le traitement systématique des enfants malnutris aiguës admis dans le programme PCIMA sont achetés et distribués par le Ministère de la Santé.
- ✓ Institutionnalisation de la plateforme communautaire par le paiement de la motivation de 18750 agents de santé à base communautaire par l'Etat (ASBC) par l'Etat. Ces ASBC ont entre autres dans leur paquet des activités promotionnelles et le dépistage et la référence des enfants malnutris aiguës vers les services de santé.
- ✓ L'intégration de la prise en charge de la malnutrition aiguë dans le Paquet Minimum d'Activités des Formations Sanitaires pour l'ensemble des formations sanitaires du pays offrant les soins PCIMA
- ✓ L'introduction de l'enseignement de la PCIMA dans les curricula de formation des Ecoles nationales de santé.
- ✓ L'intégration des intrants nutritionnels dans la chaîne d'approvisionnement national, et leur distribution par la pharmacie centrale d'achat des médicaments génériques et autres équipements de santé (CAMEG). A cet effet, l'UNICEF a signé une convention avec la CAMEG afin que celle-ci assure la gestion et la distribution des intrants nutritionnels vers les structures de santé.
- ✓ L'intégration des indicateurs de nutrition dans le système d'information nationale, dont les indicateurs de la PCIMA.

Malgré ces avancées, la couverture indirecte du programme PCIMAS reste toujours faible, car elle est passée de 20% en 2011 à 74% en 2017 et 51% en 2018 selon le total d'enfants malnutris aiguës sévères attendus chaque année.

Afin d'améliorer cette faible couverture du programme, un renforcement du dépistage de la malnutrition au niveau communautaire a été initié depuis 2011 dans les journées de supplémentation en vitamine A et de déparasitage et en 2018 dans les campagnes de chimioprophylaxie du paludisme saisonnier au niveau national, touchant 3 163 563 enfants âgés de 6 à 59 mois.

Des efforts sont mis en œuvre pour assurer la qualité de la prise en charge de la malnutrition aiguë par le gouvernement et les différents acteurs intervenant dans la nutrition. Une évaluation approfondie de la PCIMA sur les 5 dernières années permettra d'identifier les gaps, les bonnes pratiques et les stratégies efficaces et pérennes qui permettront d'améliorer la qualité et la couverture du programme PCIMA tout en l'adaptant au contexte actuel d'insécurité et de déplacements de populations que traverse le pays.

II. BUT DE L'EVALUATION

Cette évaluation comporte deux buts principaux, à savoir la redevabilité et l'apprentissage.

- Quant au but de redevabilité, cette évaluation rendra compte des résultats (soit prévus ou pas prévus) qui ont été atteints par le Programme, auprès des bailleurs (redevabilité verticale) ainsi que des bénéficiaires attendus des programmes (redevabilité horizontale) qui font l'objet de cette évaluation.
- Quant au but de l'apprentissage organisationnelle, cette évaluation permettra de repenser et réorienter le programme de prise en charge de la MAS au niveau national et permettra de mieux recentrer les interventions dans le cycle actuel et guider la préparation du prochain cycle de programmation de coopération (qui devrait commencer en 2022). Ci-dessous plus des détails sur les utilisateurs envisagés de cette évaluation dans chacun de deux pays concernés ainsi que sur la façon dont ils vont utiliser les conclusions et les recommandations de cette évaluation (Tableau 1).

Tableau 1 : Les utilisateurs et utilisations de cette évaluation

Utilisateurs de l'évaluation	Comment les conclusions et recommandations vont être utilisées	
Bureau Pays de l'UNICEF	Niger Guider les ajustements nécessaires au programme actuel et guider la vision stratégique concernant la question critique de la malnutrition au Niger.	Burkina Faso Guider les ajustements nécessaires au programme actuel, et faire des propositions pour la réorientation/ajustement de l'appui apporté à ce programme par les partenaires dont l'UNICEF.
Ministère/Gouvernement (prière de mieux déterminer)	<ul style="list-style-type: none"> • Direction de la nutrition/MSP : • Susciter une réflexion profonde avec les acteurs autour des stratégies utilisées dans la prise en charge de la MAS et guider les orientations 	<i>Direction de la nutrition/MSP :</i> <ul style="list-style-type: none"> • Susciter une réflexion avec les acteurs autour des stratégies mises en œuvre dans la prise en charge de la MAS et orienter les décisions.
Agences de mise en œuvre (Implementing Partners)	<i>ONGs partenaires et membres du cluster Nutrition :</i> <ul style="list-style-type: none"> • Intégrer les bonnes pratiques identifiées par cette évaluation dans la mise en œuvre de leurs interventions dans le cadre du programme PCIMA 	<i>ONGs partenaires et membres du groupe des partenaires techniques et financier en Nutrition :</i> <ul style="list-style-type: none"> • Réorienter/adapter le type d'appui apporté au Ministère de la Santé aux besoins guidés par le contexte actuel et le niveau de mise en œuvre du programme PCIMA.
Autres partenaires (y compris les agences du SNU, UE- ECHO)	<i>Autres partenaires (y compris les membres du cluster Nutrition):</i> <ul style="list-style-type: none"> • Intégrer les bonnes pratiques identifiées par cette évaluation dans la mise en œuvre de leurs interventions dans le cadre du programme PCIMA et renforcer la qualité des appuis techniques et financiers au gouvernement 	<ul style="list-style-type: none"> • Intégrer les bonnes pratiques identifiées par cette évaluation dans la mise en œuvre de leurs interventions dans le cadre du programme PCIMA et renforcer la qualité des appuis techniques et financiers au gouvernement
Bureau Régional de l'Unicef pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre (WCARO)	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier les bonnes pratiques en matière de prise en charge de la malnutrition à répliquer dans le reste de la région de l'Afrique de l'Ouest et du Centre. 	

III. OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION

L'évaluation a plusieurs objectifs, y compris les suivants :

- Vérifier les acquis du programme, y compris les défis de couverture des interventions et les goulots majeurs levés ou non levés ;
- Identifier les leçons apprises au niveau stratégique et opérationnel ;
- Identifier les bonnes pratiques en matière des approches innovantes utilisées avec améliorations progressives au cours de la période de mise en œuvre du programme ;
- Fournir des recommandations stratégiques et opérationnelles pour le renforcement des résultats du programme dans le futur.

IV. PORTEE DE L'ÉVALUATION

Portée thématique

L'évaluation va se focaliser sur la composante Nutrition du Programme de la Prise en Charge de la Malnutrition avec une attention particulière sur les services de prise en charge de la Malnutrition Aiguë Sévère.

Portée géographique

La revue documentaire couvrira l'ensemble des actions mises en œuvre dans toutes les communautés au Niger et au Burkina Faso. Toutefois, la collecte de données sera prévue de la façon suivante :

- **Au Niger**, le nombre exact des régions/provinces et sites à visiter sera déterminé par l'équipe de l'évaluation dans l'offre technique conformément à la stratégie d'échantillonnage retenue la plus adéquate pour fournir des preuves robustes)
- **Au Burkina Faso**, l'évaluation devra être menée au moins dans 6 régions sur les 13 que compte le pays : Les régions du Centre (y compris la capitale Ouagadougou), du Centre-Est, du Centre-Sud où il n'y a pas de partenaires ONGs d'appui au Ministère de la Santé ; et dans les régions du Nord, de l'Est et des Cascades bénéficiant d'un appui d'ONGs. Il faut noter que les régions du Sahel et du Centre Nord ne sont pas proposées au vu des difficultés d'accès liées au contexte sécuritaire actuel. Par ailleurs, le nombre exact des provinces et sites à visiter sera déterminé par l'équipe de l'évaluation dans l'offre technique conformément à la stratégie d'échantillonnage retenue.

Portée chronologique

Niger

L'évaluation couvrira toutes les activités mises en œuvre au cours des dix dernières années soit dans le cadre de la mise à échelle du programme de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère au Niger.

Burkina Faso

L'évaluation couvrira toutes les activités mises en œuvre entre juin 2015 (La PCIMAS est à l'échelle depuis 2015, le Protocole est en vigueur révisé en 2014 donc utilisé depuis 2015) et juin 2019. V.

CONTEXTE DE L'ÉVALUATION

PCIMAS au NIGER

L'évaluation de la PCIMAS était planifiée pour début 2018 afin que les résultats fournissent des éléments factuels puissent guider les choix stratégiques lors de la préparation du programme de coopération 2019-2021. Cependant, le bureau du Niger a fait face à un processus infructueux de recrutement de consultants, ce qui a entraîné un retard dans la conduite de l'évaluation. Toutefois, en accord avec le Ministère de la Santé et les autres acteurs du secteur notamment les PTF et les ONGs, il a été convenu de mener l'évaluation au cours de 2019, première année du cycle triennale du programme de coopération et de l'UNDAF, sachant que les résultats de l'évaluation pourront influencer les deux prochaines années du cycle mais aussi guider la préparation du prochain cycle de programme.

L'évaluation intéresse plusieurs partenaires d'autant plus que depuis sa mise en œuvre (il y a plus de dix ans), la PCIMAS est largement financée par des ressources humanitaires. Au cours des deux dernières années du cycle de programmation précédent, le gouvernement a acheté des ATPE deux fois, contribuant à environ 2% des besoins annuels. Au cours des 5 dernières années les dépenses annuelles pour le traitement de la MAS ont été estimées à environ 40 millions de dollars. La moitié de ce montant est consacré à l'achat d'ATPE et autres intrants nutritionnels et médicaux, tandis que l'autre moitié couvre les besoins pour la mise en œuvre générale, principalement via les ONG internationales. On estime qu'environ 80% du traitement de la MAS est soutenu par des ONG (toutes internationales, sauf une ONG nationale – BEFEN/ALIMA). En plus du soutien technique et logistique, les ONG et l'UNICEF couvrent également une partie des coûts des ressources humaines des hôpitaux du gouvernement pour assurer une qualité de traitement adéquate. On estime que plus de 2000 agents de santé sont financés par le programme PCIMAS.

ECHO est l'un des principaux bailleurs de fonds, contribuant à hauteur de 50% du coût du programme UNICEF pour la prise en charge de la MAS, tout en finançant à 100% des coûts de fonctionnement des ONG. D'autres bailleurs de fonds comme le gouvernement

Japonais ou Américain (USAID) ont apporté une contribution considérable, ainsi que les fonds CERF qui ont financé la prise en charge lors de la première année du cycle actuel du programme, avec une contribution ultérieure se focalisant uniquement sur les situations d'urgence (Diffa). Des contributions plus restreintes mais régulières sont reçues de la part de l'Espagne et de l'Allemagne. De leur côté, les ONG dépendent presque à 100% du financement d'ECHO. Toutefois, depuis un an, on observe une diminution générale des ressources pour la prise en charge de la MAS. ECHO a commencé à réduire progressivement sa contribution et des discussions sont en cours sur l'arrêt probable des financements d'ECHO pour le traitement de la MAS d'ici à 2019. Récemment, suite au retrait des ONGs, quelques communes ont commencé à allouer des ressources locales au financement du personnel de santé et volontaires communautaires de quelques CRENI.

Étant donné l'impact de la malnutrition sur la mortalité et le bien-être des enfants, la pérennisation des programmes PCIMA reste une priorité. Cette évaluation doit permettre d'identifier les leçons apprises et les orientations nouvelles permettant de repenser la stratégie PCIMA prenant en compte les changements dans le contexte actuel du Niger en termes de financement, de partenariats mais aussi au niveau du cadre politique stratégique (notamment la Politique Nationale de Sécurité Nutritionnelle - PNSN 2017-2025 – et son plan d'action ainsi que le Plan de Développement Sanitaire National - PDS 2017-2021).

PCIMAS au Burkina Faso

Le programme PCIMAS a été mis à l'échelle depuis 2015. Cette mise à l'échelle a permis l'intégration de la PCIMAS dans le système de santé avec également l'intégration des intrants nutritionnels dans la liste des médicaments essentiels générique, suivi de leur intégration dans la chaîne d'approvisionnement des intrants du Pays. Depuis 2012, les données de nutrition ont été intégrées dans la base de données nationales. Ces données sont extraites et analysées chaque mois lors de la tenue des rencontres du groupe des partenaires en nutrition. La prise en charge médicale des enfants malnutris aiguës admis dans le programme PCIMAS est assurée avec les fonds de l'Etat dans le cadre de la gratuité des soins aux enfants de moins de 5 ans et aux femmes enceintes.

En termes de partenariat, l'UNICEF assure un appui soutenu au programme PCIMAS en disponibilisant les intrants nutritionnels (ATPE, lait thérapeutique F75 et F100) pour la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère et les équipements de mesure anthropométrique. L'UNICEF fournit aussi un appui technique aux régions et aux districts sanitaires pour les formations, les missions de supervision et la coordination du programme de nutrition en mettant l'accent aux zones ayant les plus hauts taux de malnutrition et en insécurité. Le PAM fournit un appui des intrants pour la prise en charge de la malnutrition aiguë modéré dans quatre régions sur treize. Étant donné que le programme PCIMAS est intégré dans le système de santé, les ONGs apportent un accompagnement léger au Ministère de la Santé surtout par le coaching et des supervisions formatives aux agents de santé. Elles sont surtout concentrées dans les régions du Sahel, l'Est et le Nord et sont moins présentes dans d'autres régions. Depuis 2015, ECHO a réduit substantiellement son appui au programme PCIMA, au vu des taux de malnutrition inférieurs à 10%, et à l'amélioration de certains facteurs aggravants. L'UNICEF assure la coordination du groupe des partenaires techniques et financiers de la nutrition qui se réunit chaque mois. Le sous-groupe PCIMA se réunit chaque mois et échange sur les questions liées à ce programme. Malgré tous ces acquis, le pays n'arrive pas à couvrir les cibles attendues avec une couverture toujours inférieure à 75%. Lors des différentes rencontres avec les groupes des partenaires en nutrition, les questions relatives à la cible, au système de référencement des MAS dépistés, et à l'implication des acteurs communautaire dans le dépistage de la malnutrition sont récurrentes. Aussi, l'intégration du programme PCIMAS dans le système de santé est associée à des défis de qualité surtout pour la prise en charge des enfants malnutris aiguës sévères avec complications médicales hospitalisés.

Cette évaluation permettra d'identifier les causes réelles de cette basse couverture et les bonnes pratiques mises en œuvre dans le pays dans la PCIMAS.

VI. CRITERES DE L'EVALUATION

La phase pilote sera évaluée sur la base de 5 critères : 4 de l'OCDE/CAD de la pertinence, efficacité, efficience et durabilité ainsi qu'un cinquième additionnel sur le genre, équité et droits humains. Le critère d'impact n'a pas été retenu faute d'une ligne de base et d'une étude finale.

VII. QUESTIONS D'EVALUATION

L'équipe devra répondre aux questions suivantes afin d'attendre le but de cette évaluation. Les questions (regroupées par critères) ont été développées conjointement par le Bureau Régional et les Bureaux Pays de l'UNICEF au Niger et au Burkina Faso. Toutefois, l'équipe d'évaluation pourra proposer de reformuler certaines parmi lesdites questions dans leur proposition technique et, si recrutée pour ce mandat, les finaliser en collaboration avec le staff d'UNICEF lors de la phase de démarrage.

1. Pertinence

Questions communes pour tous les deux pays

- 1.1. Dans quelle mesure les stratégies du programme ont répondu aux attentes des parties prenantes et aux besoins des populations cibles - au fil du temps ?
- 1.2. Dans quelle mesure les rôles et responsabilités des partenaires impliqués (ONG et Gouvernement/Ministère de la Santé) ont répondu aux attentes des parties prenantes et aux besoins des populations cibles au fil du temps ?

- 1.3. Dans quelle mesure les interventions sur le terrain sont alignées avec les CCC, le protocole international en matière de nutrition, avec les priorités nationales ?

Questions spécifiques pour le Niger

- 1.4. Dans quelle mesure le programme du Niger est conforme au concept de base de la PCIMAS (incluant un volet mobilisation et participation communautaire, un volet « prise en charge de la MAM », un volet « prise en charge de la MAS » sans complication et avec complications médicales et un volet lié aux interactions avec les autres secteurs) ? Questions spécifiques pour le Burkina Faso
- 1.5. Dans quelle mesure l'intégration du programme PCIMAS est conforme aux six piliers du système de santé ? Quels sont les défis de cette intégration ?

2. Efficacité

Questions communes pour tous les deux pays

- 2.1. Dans quelle mesure les interventions ont produit les résultats escomptés conformément aux plans de chacun des Bureaux Pays engagés ainsi qu'au sein du Bureau Régional ?
- 2.2. Quels sont les facteurs (internes et en dehors de l'UNICEF) qui ont contribué à l'atteinte des objectifs des interventions y compris la composante de renforcement des capacités ?
- 2.3. Quels sont les facteurs (internes et en dehors de l'UNICEF) qui ont empêché l'atteinte des objectifs des interventions y compris la composante de renforcement de capacités ? Quelles mesures correctrices, s'il y en avait, ont été adoptées pour mitiger les défis rencontrés ?
- 2.4. Quels sont les effets non attendus (positifs ou négatifs) des interventions sur le terrain dans chacun des pays concernés ?

Questions spécifiques pour le Niger

- 2.5. Quel est le profil des ménages bénéficiant du programme de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère dans les CRENAS et les CRENI (statut socio-économique, statut de la mère, nombre d'enfants par ménage, etc.) ?
- 2.6. Dans quelle mesure les interventions ANJE étaient-elles intégrées dans le programme PCIMA et les résultats associés ?
- 2.7. Dans quelle mesure les efforts actuels / passés sont-ils efficaces pour contrôler et dissuader l'utilisation abusive des ATPE ?
- 2.8. Dans quelle mesure le programme a-t-il contribué au renforcement des systèmes (national et déconcentré) ?

Questions spécifiques pour le Burkina Faso

- 2.9. Quel est l'apport apporté par les ASBC à travers la plateforme communautaire, dans le dépistage et le référencement des enfants malnutris aiguës ?
- 2.10. En quoi est ce que les campagnes nationales de dépistage de la malnutrition aiguë contribuent à l'amélioration de la couverture du programme PCIMA ?

3. Efficience

Questions communes pour tous les deux pays

- 3.1. Pour chacun des domaines d'intervention des programmes, dans quelle mesure les ressources financières, humaines et les biens ont été :
 - Suffisantes (en termes de quantité) par rapport aux besoins identifiés et aux résultats escomptés ?
 - Adéquates (en termes de qualité) par rapport aux résultats escomptés ? Dans quelle mesure les services délivrés atteignent les standards de qualité et quels sont les facteurs qui ont contribué à l'atteinte de ces standards (ou la non atteinte) ?
 - Déployées à temps ?
- 3.2. Dans quelle mesure les stratégies de mise en œuvre du projet ont varié d'un pays à autre ?
- 3.3. Quels sont les principaux facteurs ayant influencé le rapport coût/efficacité de la mise en œuvre ?

Questions spécifiques pour le Niger

- 3.4. Dans quelle mesure la gestion globale du programme a-t-elle évolué au fil du temps ?
- 3.5. Dans quelle mesure les mécanismes de prise en charge, y compris le rôle et les responsabilités des divers membres du personnel et des intervenants, sont-ils bien compris et mis en œuvre ?
- 3.6. Dans quelle mesure des méthodes innovantes ou alternatives pour la mise en œuvre du programme national de prise en charge de la MAS sont-elles explorées ou exploitées pour réduire les coûts et / ou maximiser les résultats (p. ex. : approche PB-mère/PB-ménage ; chaîne d'approvisionnement des intrants en partie gérée par des transporteurs privés dans les régions de Maradi et Zinder ; etc.) ?

4. Durabilité

Questions communes pour tous les deux pays

- 4.1. Dans quelle mesure les communautés bénéficiaires et les partenaires institutionnels se sont appropriés l'approche et ses acquis ? Comment est-ce que telle appropriation (le cas échéant) par le gouvernement du programme PCIMA a-t-elle évoluée dans le temps ?
- 4.2. Quels sont les principaux facteurs ayant influencé l'adhésion des bénéficiaires et autres parties prenantes à l'adoption de l'approche ?
- 4.3. Quelles sont, selon les différentes parties prenantes les options présentes et futures – incluant les stratégies de désengagement des ONGs/financements humanitaire, qui permettront d'assurer la pérennité du programme PCIMA ?

5. Droits humains, genre et équité

Questions communes pour tous les deux pays

- 5.1. Dans quelle mesure les interventions prennent en compte systématiquement les considérations relatives aux droits humains, à l'égalité des sexes et à l'équité lors de leur :
 - conception
 - planification et
 - mise en œuvre ?
- 5.2. Dans quelle mesure les interventions ont permis de s'adresser aux groupes avec le plus de besoins d'accès au service d'appui nutritionnel ?
- 5.3. S'il y eu des obstacles, d'ordre politique, pratique ou administratif, à l'intégration efficace des droits humains et de l'égalité des sexes lors de la mise en œuvre des interventions, quel a été le niveau d'efforts déployés afin de surmonter ces difficultés ?
- 5.4. Dans quelle mesure le programme adresse les barrières qui empêchent l'accès des femmes aux services fourni par les prestataires de service des deux programmes de la prise en charge ?
- 5.5. Dans quelle mesure le système de suivi, évaluation et reporting prend-il en compte les considérations relatives aux droits humains, à l'égalité des sexes et à l'équité ?

VIII. METHODOLOGIE

L'évaluation sera menée selon une approche participative et inclusive qui pourra être combinée avec d'autres approches suggérées par l'équipe d'évaluation. Elle sera orientée vers la production de preuves tangibles permettant, entre autres de : (i) guider les réflexions sur la mise à l'échelle des interventions sur le terrain et leur utilisation dans d'autres contextes ; (ii) affiner la méthodologie de mise en œuvre de l'approche ; (iii) guider les réflexions sur les orientations stratégiques ; et (iv) ajuster les mécanismes des activités/composantes Nutrition du Programme pour les rendre plus performantes.

L'évaluation sera basée sur des méthodes mixtes de collecte et d'analyse des données auprès des bénéficiaires escomptés et des acteurs clés dans le processus de mise en œuvre de l'approche. Le but d'utiliser plusieurs méthodes et de trianguler les données provenant de différentes sources afin de formuler les constats est d'apporter des réponses le plus pertinentes et crédibles aux questions d'évaluation. Les données primaires collectées sur le terrain seront complétées par :

- L'analyse secondaire des données de routine générées par le dispositif de suivi du ministère de la santé Publique, de l'UNICEF et ses partenaires œuvrant dans le sous-secteur de la Nutrition ;
- Une revue documentaire de l'approche (plans d'actions, rapports de la mise en œuvre, etc.) et
- Un processus itératif de dialogue avec les principaux acteurs de la mise en œuvre de l'approche notamment :
 - Le personnel de l'UNICEF, particulièrement les Sections Nutrition, Santé et WASH, au niveau des Bureaux de Pays et du Bureau Régional
 - Les équipes en charge de la Nutrition au sein du Ministère de la Santé (la Direction de la nutrition pour le cas du Niger et du Burkina Faso) aux niveaux central et déconcentré
 - Les partenaires de mise en œuvre, notamment les ONGs qui impliquées dans la mise en œuvre de ce Programme
 - Les membres du cluster Nutrition o Les membres du groupe de partenaires technique et financiers intervenant dans la nutrition
 - Les PTF clés qui appuient la PCIMAS, en particulier ECHO.

Ce dialogue multi-acteurs servira également d'opportunité pour reconstituer, la théorie de changement des programmes qui font l'objet de cette évaluation.

Une méthodologie d'évaluation plus détaillée sera proposée par la boîte des consultants, en prenant en compte les différences parmi les parties prenantes, en termes d'âge, de genre, et autres critères jugés pertinents. La boîte des consultants proposera ainsi la méthodologie (y compris la stratégie d'échantillonnage et d'analyse) et les étapes de l'évaluation dans son offre technique. Il est attendu que les méthodes et l'échantillonnage proposées pour apprécier les effets des interventions sur les connaissances et compétences des parents des enfants soient suffisamment robustes pour assurer la crédibilité et validité interne des résultats de l'évaluation. La méthodologie définitive sera validée lors de la phase de démarrage de l'évaluation.

Les données et les documents existants sur les programmes seront mis à disposition de l'équipe d'évaluation par le staff de l'UNICEF au moins une semaine avant le démarrage de la consultation. Les consultants présenteront une note de cadrage de l'évaluation (inception report en anglais) avec une méthodologie détaillée, qui inclura des éléments à la fois quantitatifs et qualitatifs, conçus pour répondre avec précision aux questions de l'évaluation. Dans le but de démontrer que l'équipe d'évaluation a bien saisi l'approche ainsi que les questions fondamentales adressées par cette évaluation, la note de cadrage devra fournir un résumé critique des informations contenues dans les documents programmatiques mises à disposition de l'équipe d'évaluation par l'UNICEF après la signature du contrat. Telle note devra aussi bien indiquer, pour chacune des questions de l'évaluation, les informations suivantes : quelles méthodes et quels outils de collecte de données seront utilisés pour y répondre, auprès de qui les données en question seront collectées (y compris la stratégie d'échantillonnage), quelles méthodes d'analyse seront utilisées pour interpréter lesdites données, quelles mesures seront adoptées afin d'assurer la qualité de l'évaluation, et comment les données seront disséminées. Cette note doit aussi proposer les mesures susceptibles de garantir au processus d'évaluation une assise éthique, et de protéger la confidentialité et la dignité de ceux qui participent à l'évaluation.

L'évaluation sera menée selon les [normes et standards](#) d'évaluation du Groupe de l'Evaluation des Nations Unies (UNEG). Elle intégrera de manière spécifique les droits humains, le genre et l'équité et sera conduite conformément au [code de conduite, guide d'éthique](#) ainsi qu'aux [directives de l'UNEG](#) en matière d'intégration des droits humains et de l'égalité des sexes aux évaluations. Un accent particulier sera mis sur la conformité de différents livrables de ce mandat avec les standards du GEROS. Faut d'une intégration adéquate des standards GEROS et des directives de l'UNEG en matière de genre, les livrables ne seront pas acceptés par l'UNICEF.

Le rapport d'évaluation sera d'au plus 50 pages et intégrera un résumé exécutif d'au plus 4 pages. Le contenu du rapport d'évaluation devra être conforme aux normes de qualité de l'UNEG dans ce domaine et il devra surtout répondre aux critères de l'UNICEF en matière de qualité des rapports d'évaluation (GEROS)²⁶. Lesdites normes, qui détermineront la notation du rapport final par une entité indépendante de l'UNICEF, seront partagées par l'UNICEF avec l'équipe d'évaluation juste après la signature du contrat. Les principales conclusions et recommandations de l'évaluation seront diffusées sous forme de notes de synthèse ou policy brief. L'atelier de validation des résultats de l'évaluation servira d'opportunité pour élaborer, de manière participative, le plan d'action pour la mise en œuvre des principales recommandations de l'évaluation ou « management response ».

IX. EXPERIENCE ET QUALIFICATION REQUISES

Le cabinet ou Institution doit justifier d'une expérience affirmée dans le domaine des évaluations et disposer d'une équipe qualifiée de personnes qui ont également une solide expérience tant au niveau national qu'au niveau international.

9.1 Profil de l'équipe de consultants

L'évaluation sera réalisée par une équipe d'experts ayant une solide expertise et une riche expérience dans le domaine de l'évaluation au niveau national et international. L'équipe devrait également avoir une bonne connaissance du contexte du Niger et du Burkina Faso, du secteur de la nutrition, notamment en ce qui concerne la PCIMAS. Les membres de l'équipe travailleront en étroite collaboration pour la coproduction et la mise en œuvre d'une méthodologie et d'une démarche appropriées pour la réponse aux questions d'évaluation et l'atteinte des résultats escomptés. L'équipe sera constituée d'un Chef d'Equipe International chargé de la coordination de l'équipe, d'un Spécialiste international en nutrition, d'un Spécialiste international en prise en charge de santé au niveau communautaire, et de deux spécialistes évaluation nationaux (un pour le Niger et un pour le Burkina Faso).

9.1.1. Le Chef d'Equipe (international)

Le Chef d'Equipe assurera la coordination de l'équipe d'évaluation et veillera à assurer le design de l'évaluation, le pilotage du processus évaluatif, l'assurance qualité et la délivrance des produits attendus en étroite collaboration avec les autres membres de l'équipe. Il/Elle devra conduire l'évaluation selon une approche favorable au transfert des compétences aux cadres nationaux membres de l'équipe d'évaluation. Il/elle devra avoir le profil suivant :

Qualifications du Chef d'Equipe

- Un diplôme universitaire supérieur (minimum BAC+5) en évaluation, éducation, sociologie, assistance humanitaire ou autre domaine des sciences sociales est requis ;
- Solide expérience (au moins 8 ans) dans le suivi et l'évaluation de programmes de programme de nutrition avec un accent particulier sur les programmes de prise en charge de la malnutrition aigüe sévère, ainsi que dans le suivi et évaluation de programmes de santé et de protection de l'enfance ;
- Expérience dans la collecte de données et les techniques d'analyse qualitative et quantitative ;
- Expérience avérée dans la réalisation d'évaluations (la version électronique d'une évaluation récente dont le/la consultante a été le principal auteur devra être présentée au moment de la soumission de l'offre) ;
- La connaissance et la compréhension des programmes de prise en charge à base communautaire sera un atout • Expérience de travail avec un large éventail de parties prenantes (OSC, gouvernement, agences de développement international, etc.) par le biais d'une approche consultative ;
- Expérience de travail en Afrique de l'Ouest et du Centre, particulièrement au Niger et au Burkina Faso sera un atout ;
- Capacité avérée de livrer efficacement et dans les délais et la volonté d'obtenir des résultats ;
- Aptitude avérée à travailler de façon autonome avec des conseils et une supervision au besoin ;

²⁶ <http://www.uneval.org/document/detail/607>

- D'excellentes compétences rédactionnelles en français et la maîtrise de l'anglais est obligatoire.

9.1.2. Les autres membres de l'équipe d'évaluation

Il est attendu que d'autres experts participeront à la réalisation de l'évaluation. Les autres membres de l'équipe assureront la collecte et l'analyse des données nécessaires à l'évaluation en étroite collaboration avec le Chef d'Equipe. Ils contribueront également aux différentes étapes du processus évaluatif et devront avoir le profil suivant :

a. *Spécialiste international en Nutrition. La personne proposée devra avoir les qualifications suivantes :*

- Avoir au moins un niveau DEA/DESS (Bac+5 Minimum) en nutrition, santé ou autre domaine pertinent ;
- Avoir au moins 8 ans d'expérience dans le domaine de l'évaluation des programmes et projets d'urgence et du développement ;
- Avoir une connaissance avérée (au moins 5 ans) du domaine de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère, ainsi que dans le suivi et évaluation de programmes de santé et de protection de l'enfance ;
- Avoir une expertise avérée (au moins 5 ans) en méthodes quantitatives de recherche et en méthodes d'évaluation basée sur le genre, l'équité et les droits humains ;
- Avoir une bonne capacité de communication orale et écrite en Français, de travail en équipe et de facilitation des processus participatifs.

b. *Spécialiste international en Prise en charge santé au niveau communautaire. La personne proposée devra avoir les qualifications suivantes :*

- Avoir au moins un niveau DEA/DESS (Bac+5 Minimum) en économie, statistiques ou autre domaine pertinent ;
- Avoir au moins 8 ans d'expérience dans le domaine de l'évaluation des programmes et projets d'urgence et du développement ;
- Avoir une connaissance avérée du domaine de la malnutrition aiguë sévère, ainsi que du suivi et évaluation de programmes de santé et de protection de l'enfance ; (au moins 5 ans) ;
- Avoir une expertise avérée (au moins 5 ans) en méthodes quantitatives de recherche et en méthodes d'évaluation basée sur le genre, l'équité et les droits humains ;
- Avoir une bonne capacité de communication orale et écrite en Français, de travail en équipe et de facilitation des processus participatifs.

c. *Deux nationaux spécialistes en matière de nutrition (un au Niger et un au Burkina Faso). Les personnes proposées devront avoir les qualifications suivantes :*

- Avoir au moins un niveau DEA/DESS en nutrition, santé ou autre domaine connexe ;
- Avoir une expérience d'au moins 5 ans dans le domaine de la gestion et de l'évaluation des programmes et projets dans le secteur de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère, ainsi que dans le suivi et évaluation de programmes de santé et de protection de l'enfance ;
- Avoir une parfaite connaissance de la problématique de la prise en charge de la malnutrition dans les situations d'urgence et du contexte national ;
- Avoir une parfaite maîtrise des méthodes quantitatives et qualitatives de collecte et d'analyse des données ;
- Avoir une bonne capacité de communication orale et écrite en Français ;
- Avoir une bonne capacité d'analyse, de synthèse et de rédaction.

d. **Enquêteurs**

Les équipes mixtes de consultants nationaux et internationaux intégrant des femmes sont vivement encouragées. L'équipe des consultants est censée intégrer d'autres ressources humaines locales (enquêteurs locaux) pour faciliter la réalisation de l'évaluation, particulièrement les échanges avec les communautés bénéficiaires du projet et la collecte des données quantitatives.

Livrables	Timeline	Niger			Burkina Faso				
Phase de Préparation		Chef d'Equipe (International)	Spécialiste Nutrition (International)	Spécialiste prise en charge à base communautaire (International)	Consultant National	Chef d'Equipe (International)	Spécialiste Nutrition (International)	Spécialiste prise en charge à base communautaire (International)	Consultant National
<i>Signature du contrat</i>	Septembre 2019								
<i>Réunion initiale (par Skype)</i>	Septembre 2019								
<i>Revue de la littérature et entrevues préliminaires</i>	Septembre- octobre 2019								
<i>Elaboration et soumission de la note de cadrage y compris la définition de méthodologie et les outils de collecte de données (une note de cadrage par pays doit être produite)</i>	1ère semaine en octobre 2019								
<i>Révision de la note de cadrage sur la base des commentaires du Comité de Pilotage de l'évaluation</i>	2ème semaine en octobre 2019								
Phase de Collecte des données dans le pays									
<i>Rencontre avec le staff de l'UNICEF et les autres parties</i>	3ème semaine en octobre								

Livrables	Timeline	Niger	Burkina Faso
<i>prenantes au Niger et au Burkina Faso</i>			
<i>Visites de terrain et collecte des données auprès des bénéficiaires et partenaires au Niger et au Burkina Faso</i>	4eme semaine - en octobre 2019 + 1è re et 2ème semaine en novembre 2019		
<i>Débriefing auprès des parties prenantes au Niger et au Burkina Faso</i>	3ème semaine en novembre		
<i>Analyse des donnée, Elaboration et soumission d'un rapport préliminaire (un rapport par pays doit être produit)</i>	15 décembre 2019		
Phase de Rédaction du Rapport Final			
<i>Elaboration et soumission de la version révisée du rapport (Draft 1) intégrant les commentaires du Comité de Pilotage. Le rapport devra inclure un résumé exécutif et une présentation en format PPT</i>	7 janvier 2020		
<i>Validation des recommandations (facilité par le Conseiller Régional pour l'Evaluation)</i>	15 janvier 2020		
<i>Elaboration et soumission de la version finale du</i>	25 janvier 2020		

Livrables	Timeline	Niger	Burkina Faso
<i>rapport (Draft 2) intégrant les commentaires ultérieurs du Comité du Pilotage</i>	28 janvier 2020		
<i>Elaboration et soumission du 28 Janvier 2020 19 Rapport Régional (Draft 0)</i>	8 février 2020		
<i>Elaboration et soumission de la version finale du Rapport régional</i>			

9.2 Livrables

1. Une **note de cadrage** ou « inception report » par pays présentant la méthodologie détaillée d'évaluation (2 notes de cadrage en total : une pour le Niger et une pour le Burkina Faso). Cette note sera articulée autour des principaux points suivants :
 - a. Introduction présentant l'objet d'évaluation, le but, la portée et les objectifs de l'évaluation ;
 - b. Contexte de l'évaluation y compris les résultats préliminaires de la revue documentaire ;
 - c. Les critères et questions d'évaluation affinées à partir de la revue documentaire et des entretiens préliminaires ;
 - d. Méthodes de collecte des données y compris l'échantillonnage et la prise en compte des considérations éthiques ;
 - e. Méthodes d'analyse des données ;
 - f. Matrice d'évaluation présentant pour chaque critère et chaque question d'évaluation, les méthodes de collecte et les sources de données correspondantes ;
 - g. Limites de l'évaluation ;
 - h. Plan de travail indicatif
 - i. Structure proposée pour le rapport final
 - j. Annexe : liste des principaux documents revus ; ensemble des outils proposés pour la collecte des données ; liste des informateurs clés et sites à visiter.
2. Une **présentation PPT des conclusions préliminaires par pays** (2 présentations en total). Cette présentation sera discutée à l'occasion du mini-atelier de restitution des résultats de l'évaluation vers la fin de la mission sur le terrain dans chacun de deux pays. La présentation PPT sera par ailleurs actualisée et remise en même temps que le rapport final.
3. **Un rapport provisoire par pays** (2 rapports provisoires en total : un pour le Niger et un pour le Burkina Faso) présentant l'ensemble des constats, conclusions et recommandations de l'évaluation. Le contenu du rapport d'évaluation sera conforme aux [normes de l'UNICEF](#) et devra répondre aux standards utilisés pour l'évaluation indépendante de la qualité des rapports d'évaluation de l'UNICEF (méta-évaluation) à travers le [GEROS](#). Chaque constat, conclusion et recommandation devra être numéroté et lien entre les uns et les autres devra être bien explicite dans la section des conclusions et recommandations.
4. **Un rapport final d'évaluation** (2 rapports en total). Ce produit sera d'au plus 40 pages et intégrera un résumé exécutif d'au plus 4 pages. Le contenu du rapport d'évaluation devra être conforme aux normes et standards de qualité de l'UNEG mentionnés par les présents TdR et devra surtout répondre aux critères de l'UNICEF en matière de qualité des rapports d'évaluation (GEROS).
5. **Une note de synthèses** d'au plus 5 pages par pays qui servira d'outil de dissémination des principales conclusions et recommandations de l'évaluation (3 notes de synthèse en total).
6. **Un rapport régional** d'au plus 50 pages présentant un résumé des évaluations des 2 pays. Ce rapport doit correspondre aux mêmes standards et avoir la même structure comme les rapport pays.

9.4. Gestion de l'évaluation

Le gestionnaire de l'évaluation : Le Conseiller Régional pour l'Evaluation auprès du Bureau de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre sera le gestionnaire global de l'évaluation. Ceci contribuera à la préservation de l'indépendance de l'évaluation. Le gestionnaire doit s'assurer du respect des normes et standards de l'UNICEF ainsi que du respect des normes de qualité²⁷. Il sera le point focal de l'équipe d'évaluation et sera responsable de la validation des documents. Il veillera également à ce que le comité de pilotage de l'évaluation soit informé de l'état d'avancement de l'évaluation.

Le Contrôle de qualité de l'évaluation sera effectué au moyen d'une revue des TDR, de la méthodologie et des rapports et assuré par le gestionnaire de l'évaluation en coordination avec le comité de pilotage et le bureau régional de l'UNICEF pour garantir la qualité.

²⁷ <http://www.unevaluation.org/document/detail/1914> ; <http://www.unevaluation.org/document/detail/607>

Le Conseiller régional en évaluation du Bureau pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre contribuera à l'assurance qualité des produits finaux de l'évaluation.

9.5. Principes de conduite éthique de l'évaluation

L'évaluation finale du programme conjoint doit être réalisée selon les principes éthiques et les normes définis par le Groupe des Nations Unies pour l'évaluation (GNUE).

- **Anonymat et confidentialité.** L'évaluation doit respecter les droits des personnes qui fournissent des informations, en garantissant leur anonymat et la confidentialité.
- **Responsabilité.** Le rapport doit faire état de tous les conflits ou divergences d'opinion ayant pu se manifester entre les consultants (e) ou entre le consultant (e) et les responsables programmes concernant les conclusions et/ou recommandations de l'évaluation. L'ensemble de l'équipe doit confirmer les résultats présentés, les éventuels désaccords devant être indiqués.
- **Intégrité.** L'évaluateur se devra de mettre en évidence les questions qui ne sont pas expressément mentionnées dans les TdR, afin d'obtenir une analyse plus complète du partenariat.
- **Indépendance.** Le consultant doit veiller à rester indépendant vis-à-vis du programme examiné, et il ne devra pas être associé à sa gestion ou à quelque élément de celle-ci.
- **Incidents.** Si des problèmes surviennent au cours du travail de terrain, ou à tout autre moment de l'évaluation, ils doivent être immédiatement signalés au Spécialiste Suivi Evaluation à l'UNICEF. Si cela n'est pas fait, l'existence de tels problèmes ne pourra en aucun cas être utilisée pour justifier l'impossibilité d'obtenir les résultats prévus par l'UNICEF dans les présents termes de référence.
- **Validation de l'information.** Le/la consultant (e) se doit de garantir l'exactitude des informations recueillies lors de la préparation des rapports et sera responsable de l'information présentée dans le rapport final.
- **Propriété intellectuelle.** En utilisant les différentes sources d'information, le consultant se doit de respecter les droits de propriété intellectuelle des institutions et des communautés examinées.
- **Soumission des rapports.** Si la soumission des rapports est repoussée, ou dans le cas où la qualité des rapports soumis serait nettement moins bonne que ce qui a été convenu, les sanctions prévues dans les présents termes de référence s'appliqueront.

9.6 Conditions de la prestation

- Les membres de l'équipe seront basés à leur domicile (sauf lors de la mission), et utiliseront leur propre matériel de bureau et leurs propres ressources. Deux missions sont prévues (une au Niger et une au Burkina Faso). Des discussions périodiques avec le Bureau Pays UNICEF auront lieu et les commentaires du Bureau Pays et du Bureau Régional de l'UNICEF seront intégrés dans les produits finaux du consultant.
- La soumission des produits se fera par voie électronique et selon le calendrier ci-dessus. • La maîtrise du français et de l'anglais est requise.
- Les membres de l'équipe ne sont pas autorisés à utiliser le matériel rassemblé pour cette mission dans le cadre d'une autre mission de travail sans l'autorisation écrite explicite de l'UNICEF.

Les frais d'avion seront couverts au taux de la classe économique, conformément aux politiques de l'UNICEF, et les indemnités journalières de subsistance pendant les missions sur le terrain, conformément aux taux de l'indemnité journalière de subsistance de l'UNICEF.

Les frais de service seront payés en trois versements comme suit :

- 30% après la validation des notes de cadrage (2) pour les deux évaluations pays ;
- 30% après la soumission des rapports provisoires (2) pour deux trois évaluations ;
- 40% après validation des rapports finaux des évaluations pays (2), du rapport régional (1), des notes de synthèse (3), et des présentations PPT finales (3).

Recours de l'UNICEF en cas de performance insatisfaisante :

Les paiements seront effectués pour les travaux achevés de manière satisfaisante et acceptés par l'UNICEF.

9.7 Documents à soumettre dans l'offre

Il est demandé aux cabinets ou Institutions intéressés, de soumettre un dossier administratif, une **offre technique** et une **offre financière**.

Dossier administratif

Il doit comporter les documents suivants :

- Un document administratif de création,
- Une attestation de paiement des impôts quitus fiscal,
- Une attestation de paiement des cotisations sociales

Ce dossier n'est pas noté mais simplement vérifié. Cependant l'absence d'un ou de plusieurs documents administratifs en conformité et à jour peut entraîner le rejet pur et simple de l'ensemble de la soumission.

L'offre technique comprendra :

- Les références techniques du soumissionnaire : expérience et travaux similaires exécutés par le cabinet
- Une note méthodologique (maximum 20 pages sans annexes) qui devra démontrer :
 - ✓ La compréhension des TdR (y compris des buts et des objectifs) ;
 - ✓ Les méthodes de collecte et d'analyse des données y compris la stratégie d'échantillonnage que l'équipe estime pertinentes afin de répondre aux questions de l'évaluation incluses dans les TdR ;
 - ✓ Des justifications valides pour l'utilisation de chacune des méthodes de collecte et d'analyse identifiées ;
 - ✓ Un plan de travail y compris une définition claire des rôles et responsabilités que l'équipe de l'évaluation va jouer par rapport au Bureau Régional et les Bureaux Pays de l'UNICEF, ainsi que les rôles et responsabilités de chacun des membres de l'équipe de l'évaluation ;
 - ✓ La note méthodologique ne devra pas répliquer le contenu d'aucune section des TdR à l'exception des questions d'évaluation
- La liste des experts proposée pour la mission accompagnée de curriculum vitae détaillé incluant les références des expériences antérieures pour chaque expert.

Les propositions seront évaluées sur la base des critères indiqués dans le tableau ci-dessous.

Critères de l'évaluation des propositions

Numéro	Critères d'appréciation	Sous critères d'appréciation	Notes détaillées	Notes totales
1	Référence technique	Expérience du cabinet dans les évaluations similaires pour les 2 ou 3 dernières années	10	10
2	Méthodologie	Cadre méthodologique de référence pour la réponse aux questions d'évaluation <i>(Selon la pertinence du cadre proposé pour la réponse aux questions d'évaluation)</i>	10	25
		Méthodes de collecte des données y compris l'échantillonnage <i>(Selon la pertinence et la cohérence de la proposition pour la réponse aux questions d'évaluation)</i>	8	
		Méthodes d'analyse des données <i>(Selon la pertinence et la cohérence de la proposition pour la réponse aux questions d'évaluation)</i>	7	
3	Capacité d'organisation de l'équipe d'évaluation pour l'exécution du mandat	Plan de travail de l'évaluation <i>(Selon la pertinence des activités et du chronogramme proposé pour la délivrance des produits attendus, surtout en vue des échéances établies)</i>	7	10
		Rôles et responsabilités des membres de l'équipe d'évaluation <i>(Selon la pertinence de la répartition des rôles et responsabilités pour l'atteinte des résultats escomptés dans les délais requis)</i>	3	
4	Expertise et Expérience du consultant principal	Expertise du/de la consultant(e) principal(e) <i>(Selon l'expertise en évaluation en général et en évaluation basée sur l'équité, les droits humains et le genre)</i>	6	12
		Expérience du/de la consultant(e) principal(e) <i>(Selon la qualité du rapport soumis dans le cadre de la proposition, cela aidera à estimer l'expérience dans le domaine de l'évaluation en général et dans le domaine thématique ciblé en particulier et en tant que chef d'équipe d'évaluation)</i>	6	

Numéro	Critères d'appréciation	Sous critères d'appréciation	Notes détaillées	Notes totales
5	Expertise et Expérience des autres membres de l'équipe d'évaluation	Expertise des autres membres de l'équipe d'évaluation (Selon l'expertise dans le domaine thématique ciblé, la connaissance du contexte et la maîtrise des méthodes d'évaluation et de recherche)	7	13
		Expérience des autres membres de l'équipe d'évaluation (Selon l'expérience dans le domaine de l'évaluation en général et dans le domaine thématique ciblé au niveau national)	6	
Note totale attribuée à l'offre technique				70
Note totale attribuée à l'offre financière				30
Note globale				100

La note technique minimale pour la qualification est fixée à 50 points sur 70 et seules les offres financières relatives aux dossiers techniques ayant obtenu une note technique ≥ 50 points sur 70 seront prises en considération dans la suite de la sélection.

L'offre technique et le dossier administratif doivent être reliés en un seul document comportant les deux (2) parties distinctes. L'offre technique ne doit comporter aucune information financière sous peine de rejet.

Offre financière

L'offre financière doit être en hors taxes, hors TVA, en franc CFA ou en dollar US pour les cabinets internationaux, et comporter les précisions ci-dessous. Elle devra couvrir l'ensemble des dépenses rentrant dans le cadre de cette évaluation y compris la rémunération souhaitée, les frais de séjour, frais de voyage internationales et nationales (billets en classe économique doivent être budgétisés), l'assurance voyages et autres. Les matériels informatiques et de communications nécessaires pour la bonne organisation de l'évaluation seront à la charge d'équipe de l'évaluation. Il est à noter que les frais d'organisation des réunions ou ateliers techniques seront pris en charge par l'UNICEF. L'offre financière devra être présentée séparément de l'offre technique et ne sera examinée que pour les candidats dont l'offre technique est jugée techniquement valable (ayant obtenu un score minimal de 50 points). L'offre devra être soumise en dollars américains et le montant total de l'offre (tout frais inclus) devra être indiqué.

Evaluation de l'offre financière

La note maximale de 30 points sera attribuée au soumissionnaire qui aura fait l'offre la moins chère. La note financière des autres soumissionnaires sera calculée selon la formule ci-dessous :

Sélection finale

L'offre la mieux disante, ayant obtenu la note globale la plus élevée, sera retenue pour le contrat à émettre.

ADRESSE DE SOUMISSION DE L'OFFRE TECHNIQUE ET FINANCIERE

L'offre sera publiée sur le site de UNGM (United Nations Global Marketplace) www.ungm.org sous la référence « **9152486** » et partagée sur plusieurs sites spécialisés dans le domaine de l'évaluation.

Les offres (financières et techniques) doivent être envoyées via deux (02) emails distincts :

- a) L'email de l'offre technique aura pour objet la mention : « Offre Technique LRFPS -2019-9152486_Evaluation Multi-pays du programme de prise en charge de la Malnutrition Aiguë Sévère – Burkina Faso & Niger »
- b) L'email de l'offre Financière aura pour objet la mention : « Offre Financière LRFPS -2019 - 9152486_ Evaluation Multi-pays du programme de prise en charge de la Malnutrition Aiguë Sévère – Burkina Faso & Niger »
- c) Les emails contenant les offres techniques et offres financières seront envoyés à l'adresse mail suivant : wcarooperations@unicef.org au plus tard le mardi 15 octobre 2019 à 00 :00 GMT.

13.3 Profil des évaluateurs

- **Dr. Éric Kouam**, Chef d'équipe pour le Burkina Faso, expert international en santé publique et nutrition, spécialiste en évaluation, et médecin de formation, il est titulaire d'un Master en santé publique de l'Université libre de Bruxelles, et d'un Doctorat en nutrition internationale de l'Université de Montréal. Il a plusieurs années d'expérience en planification, mise en œuvre, suivi et évaluation d'intervention de santé et de nutrition pour l'UNICEF, WFP et multiples organisations non-gouvernementales en Afrique et en Asie.
- **Dr. Hedwig Deconinck**, Chef d'équipe pour le Niger, experte internationale en santé publique et nutrition, spécialiste en recherche et évaluation, elle est titulaire des Masters en santé publique et nutrition, épidémiologie et anthropologie et d'un Doctorat en sciences de la santé publique de l'Université de Louvain et de l'Université Pierre et Marie Curie. Elle a plus de 30 années d'expérience en programmation, conseil technique, formation, recherche et évaluation avec l'OMS, UNICEF et multiples organisations non-gouvernementales en Afrique subsaharienne, Asie et Amérique latine.
- **Dr. Jean Christophe Fotso**, Spécialiste international en prise en charge santé au niveau communautaire, expert en recherche, suivi et évaluation et Directeur Exécutif du cabinet EVIHDAF, il est titulaire d'un Master en statistiques et d'un Doctorat en démographie de l'Université de Montréal. Il a près de 20 années d'expérience dans l'évaluation de projets et programmes dans des domaines variés incluant la nutrition et sécurité alimentaire.
- **M^{me} Nadia Tefouet**, Assistante de recherche, titulaire d'un Master en santé publique de l'Université catholique d'Afrique centrale, elle est depuis mai 2017 *Program and Operations Officer* à EVIHDAF. Elle a joué le rôle d'assistante de recherche dans plusieurs projets en lien avec la santé, l'alimentation et la nutrition des adolescents, femmes enceintes et allaitantes, et enfants.

14. REFERENCES

1. OCDE/CAD. 2019. Des meilleurs critères pour des meilleures évaluations. Définitions adaptées et principes d'utilisation. Réseau du CAD de l'OCDE sur l'évaluation du développement (EvalNet). Available from: www.oecd.org/dac/evaluation
2. UNEG. 2016. Normes et règles d'évaluation. New York : UNEG.
3. UNICEF. 2008. Politiques de l'UNICEF en matière d'évaluation.
4. UNEG. 2014. Integrating human rights and gender equality in evaluation. 168 p.
5. UNICEF WCARO. 2019. Termes de références : Recrutement d'un Cabinet d'Evaluation pour la conduite de l'Evaluation Multi-pays du programme de prise en charge de la Malnutrition Aiguë Sévère (Burkina Faso & Niger).
6. Palinkas LA, Horwitz SM, Green CA, Wisdom JP, Duan N, Hoagwood K, et al. 2013. Purposeful Sampling for Qualitative Data Collection and Analysis in Mixed Method Implementation Research. *Adm Policy Ment Heal.*
7. Tongco MDC. 2007. Purposive Sampling as a Tool for Informant Selection. *Ethnobot Res Appl.*;5:147–58.
8. Mason J, Chotard S, Cercone E, Dieterich M. 2010. Identifying Priorities for Emergency Intervention from Child Wasting and Mortality Estimates in Vulnerable Areas of the Horn of Africa. *Food Nutr Bull.*;31(3):234–47.
9. UNEG. 2008. Code of Conduct for Evaluation in the UN System.
10. UNICEF. 2015. UNICEF procedure for ethical standards in research, evaluation, data collection and analysis. Division of Data, Research and Policy (DRP). Document Number: CF/PD/DRP/2015-001. P8-12.
11. UNICEF. 2015. Procedure for ethical standards in research, evaluation, data collection and analysis.
12. UNICEF. 2005. Principaux engagements pour les enfants en situation d'urgence.
13. UNICEF, UNSCN, WFP, WHO. 2007. Community-based management of severe acute malnutrition: A joint statement. In Geneva : WHO.
14. OMS. 2006. Normes OMS de croissance de l'enfant.
15. UNICEF, WHO. 2009. WHO child growth standards and the identification of severe acute malnutrition in infants and children: A joint statement. In Geneva: WHO.
16. WHO. 2013. Guideline: updates on the management of severe acute malnutrition in infants and children. In. Geneva: WHO.
17. MSP. 2019. Stratégie du dépistage de la malnutrition aiguë chez les enfants de 6-59 mois à domicile au Burkina Faso : Périmètre brachial à domicile.
18. MSP. 2020. Protocole simplifié de la prise en charge de la malnutrition aiguë aigüe en ambulatoire chez les enfants de 6 – 59 mois en situation d'urgence au Burkina Faso.
19. Marshak A, Young H, Bontrager E, EM B. 2017. The Relationship Between Acute Malnutrition, Hygiene Practices, Water and Livestock, and Their Program Implications in Eastern Chad. *Food Nutr Bull.*; 38(1):115–27.
20. The Sphere Project. 2011. Humanitarian charter and minimum standards in disaster response. Rugby: Practical Action Publishing.
21. MSP. 2019. Stratégie du dépistage de la malnutrition aiguë chez les enfants de 6-59 mois à domicile au Burkina Faso : Périmètre brachial à domicile.
22. Fotso J, Myatt M. 2019. Cost Effectiveness Analysis of the Community-based Management of Acute Malnutrition (CMAM) Surge Approach in Niger. Final Report, July 2019. EVIDAF and Concern Worldwide : New York, USA.
23. Frankel S, Roland M, Makinen M. 2015. Costs, Cost-Effectiveness, and Financial Sustainability of Community-based Management of Acute Malnutrition in Northern Nigeria. *Results Dev Institute.*
24. Puett C, Sadler K, Alderman, Al. 2013. Cost-effectiveness of the community-based management of severe acute malnutrition by community health workers in southern Bangladesh. *Health Policy Plan.*; 28:386–399.
25. Wilford R, Golden K, Walker D. 2012. Cost-effectiveness of community-based management of acute malnutrition in Malawi. *Health Policy Plan.*; 27:127–137.
26. McCloskey E. 2019. CMAM Surge Final evaluation report Tahoua, Niger, Concern Worldwide, Dublin.
27. UNICEF. 2017. Note Stratégique du Programme Nutrition 2018 – 2020. Ouagadougou : UNICEF.
28. ALIMA. Évaluation Semi Quantitative de l'Accessibilité et de la Couverture (SQUEAC). Région du Nord - District Sanitaire de THIOU Burkina Faso Du 1er Octobre au 15 Novembre 2019. Équipes d'investigation du DS/DRS de Thiou.