ROYAUME DE BELGIQUE
Service public fédéral
Affaires étrangères,
Commerce extérieur et
Coopération au Développement

Direction générale de la Coopération au Développement – DGD

Service D5.1 – Aide Humanitaire

FORMULAIRE UNIQUE POUR LE FINANCEMENT D'UNE ACTION HUMANITAIRE [1]

(Base légale: Loi du 9/01/2014 modifiant la Loi du 19/03/2013 relative à la Coopération au Développement - Arrêté Royal du 19/04/2014, Budget général des dépenses, allocation de base 14 54 52 35.60.83).

1. INFORMATIONS GÉNÉRALES

1.1 Nom de l'Organisation humanitaire/(date de l'agrément par le Ministre de la Coopération au développement – si requis):

Handicap International Belgique

1.2 Titre de l'action:

PASSEPORT pour grandir : Programme d'Amélioration au Sahel des activités de Stimulation et de kinésithérapie d'éveil auprès des Enfants malnutris par une Prise en charge Optimale pour une Récupération à long Terme …pour grandir

1.3 Zone d'intervention (pays, région, localités):

Mali : Région de Mopti, commune urbaine de Mopti et commune rurale de Socoura

Niger : Région de Maradi, département de Maradounfa, communes de Djirataoua, Dan Issa, Safo, Serkin yamma, Gabi et Madarounfa

Burkina Faso : Région du Sahel, province de Yagha, département de Sebba

1.4 Date de démarrage de l'action:

Juin 2019

1.5 Durée de l'action en mois (cf. Art. 17, §2):

24 mois

1.6 Date de début d'éligibilité des dépenses:

Date de signature de l'Arrêté Ministériel d'octroi.

1.7 Proposition et rapports (Concernant les délais spécifiques, cf. AR du 19/04/2014):

Proposition initiale X date: 14-01-19

---

[1] Les spécifications utilisées dans ce formulaire ont été en grande partie reprises sur base du "Formulaire Unique" en usage, pour le même type d'actions, à la Commission Européenne (ECHO).
Pour une bonne compréhension de celles-ci, se référer aux lignes directrices édictées par ECHO:
Les points précis se rapportant à la législation belge (Arrêté Royal du 19/04/2014) sont indiqués et soulignés dans le texte, à la suite du point spécifique concerné.

Au stade de la proposition, complétez les paragraphes numérotés, sauf ceux qui commencent avec [INT] (à remplir au stade du rapport intermédiaire) ou [FIN] (à remplir au stade du rapport final). Au stade des rapports intermédiaire et final, ne modifiez (biffez) que les données principales dans les paragraphes numérotés.

Proposition révisée n°.	☐	date: jj-mm-aa
Date de l'Arrêté Ministériel d'octroi	☐	date: jj-mm-aa
Date Acte Unilatéral	☐	date: jj-mm-aa
Date lettre d'acceptation	☐	date: jj-mm-aa
Rapport intermédiaire	☐	date: jj-mm-aa
Rapport final	☐	date: jj-mm-aa

1.8 [INT] Énumérez les échanges de lettres intervenus après la signature de l'acte unilatéral jusqu'au stade du rapport intermédiaire

1.9 [FIN] Énumérez les échanges de lettres intervenus après la soumission du rapport intermédiaire jusqu'au stade du rapport final

2. ÉVALUATION DES BESOINS

2.1 Date(s) d'évaluation; méthodologie et sources d'information utilisées; organisation/personne(s) responsable(s) de l'évaluation

L'évaluation des besoins dans la région du Sahel, puis plus précisément dans les zones d'intervention identifiées au Mali, au Niger et au Burkina Faso, s'appuie sur 1) les évaluations de la situation de crise et les cadres stratégiques des acteurs humanitaires pour un premier ciblage ; 2) la collecte des données auprès des acteurs locaux sur les zones identifiées ; 3) les évaluations des précédents projets et études menés par HI dans la région, et enfin les documents de référence au niveau national et international sur les soins du développement de l'enfant.

1) **Documents les plus récents sur la situation dans la région du Sahel fournis par les acteurs humanitaires et les Etats** :

- *Le plan de mise en œuvre humanitaire* (HIP) d'ECHO pour l'Afrique de l'Ouest, Version 6 du 26/06/2018
- Les synthèses des besoins humanitaires publiées par UNOCHA Sahel : *Sahel, Overview of humanitarian needs and requirements*, 2018 (www.unocha.org/sahel) ; Acute food and nutrition crisis in the Sahel, a call for action, Juin 2018 ; Aperçu des besoins humanitaires au Niger, 2018 ; et plus précisément les *Bulletins Humanitaires* (mai-juin 2018 Mali ; avril-mai 2018 Niger), sur la base des enquêtes mVAM/ENSAN (mobile Vulnerability Assessment and Mapping/Enquête Nationale de Sécurité Alimentaire et Nutritionnelle) du Programme Alimentaire Mondial (Bulletin #2: Aout 2018) ;
- Le *Plan d'urgence et de résilience 2018 du Burkina Faso*, produit par l'Equipe Humanitaire Pays (OCHA) en avril 2018 ;
- *Les études sur le coût de la faim en Afrique* (CDFA) réalisées par les services étatiques avec l'appui de l'Unicef au Burkina Faso (2012), au Niger (2017) et au Mali (2018) ; Ces études font partie d'une initiative régionale menée par la commission de l'Union Africaine à travers laquelle les pays mesurent l'impact social et économique de la sous-nutrition chez l'enfant.

2) Données collectées sur les besoins des populations cibles et auprès des acteurs locaux:

- Les enquêtes nutritionnelles nationales conduites selon la méthodologie SMART : au Mali, par la Direction Nationale de la Santé / Division de Nutrition, l'Institut National de la Statistique en 2017 et Enquête Nutritionnelle et de Mortalité Rétrospective de type SMART-2018; au Niger par l'Institut National de la Statistique en 2016 ; au Burkina Faso par le Ministère de la Santé en 2016 ;
- Les observations et données populationnelles sur la PCIMA collectées entre juin et août 2018 par les personnels de HI dans les districts sanitaires ciblés ;

- Les plans d'action des districts sanitaires concernés des ministères de la santé : Plans d'actions annuels 2018 du district sanitaire de Sebba (Burkina Faso), et du district sanitaire de Madarounfa (Niger) ;
- Note d'information de mars 2018 sur la situation alimentaire et nutritionnelle et l'analyse du cadre harmonisé d'identification des zones à risque et des populations vulnérables, par la Cellule de Coordination du Système d'Alerte Précoce du Niger.

3) Evaluations des précédents projets dans la région et documents de référence :

- Évaluation finale (A. Alkaly, mars 2018), document de capitalisation (HI, avril 2018), et rapport final (HI, mai 2018) du programme ESSPOIR[2] (2015-2018) - financé par la DGD ;
- Rapport de recherche sur les effets de la stimulation physique "*Evaluation of the short-term effects of stimulation physical therapy in the management of severe acute malnutrition in children aged 6 months to 5 years in Bamako*", HI & UNICEF, Mali, 2015;
- La stratégie mondiale pour les « Soins attentifs pour le développement de la petite enfance » de l'OMS/UNICEF, 2018 ;
- Les protocoles nationaux de Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë (PCIMA) ;
- Le protocole de Prise en Charge des Maladies de l'Enfant de l'OMS et de l'UNICEF.

2.2 Exposé du problème et analyse des parties prenantes

1. Un contexte de crise humanitaire aggravant la malnutrition

« Plus de 4 millions d'enfants souffrant de malnutrition aiguë ne recevront pas de traitement. Si ils ne sont pas traités, beaucoup peuvent mourir ou subir des dommages mentaux et physiques à vie, compromettant ainsi leur apprentissage et leur développement »[3].

Le Sahel a connu une expansion et une intensification des conflits armés. Cette montée de la violence a aggravé les besoins chroniques dans les pays qui comptent parmi les plus exposés aux crises et aux catastrophes dans le monde. Dans le nord et le centre du Mali et dans certaines régions du Burkina Faso et du Niger, l'insécurité perturbe les services de base, entravant l'accès et la fourniture de l'aide. Dans le triangle frontalier du Burkina Faso, du Mali et du Niger, la récente recrudescence de la violence a entraîné une nouvelle augmentation des besoins. Dans la région du Sahel, la plus touchée du Burkina Faso, l'insécurité alimentaire a triplé depuis 2017. Des milliers de personnes dans l'ouest du Niger, le centre du Mali et le nord du Burkina Faso ont été déplacées depuis décembre 2017[4].

Les activités de subsistance ont été limitées par les restrictions de mouvement imposées par les autorités, comme par exemple l'interdiction de circulation des motos et pickups dans le centre du Mali. Des épisodes climatiques entrainant un déficit en fourrage et des inondations sont venus amplifier localement l'insécurité alimentaire et la malnutrition.

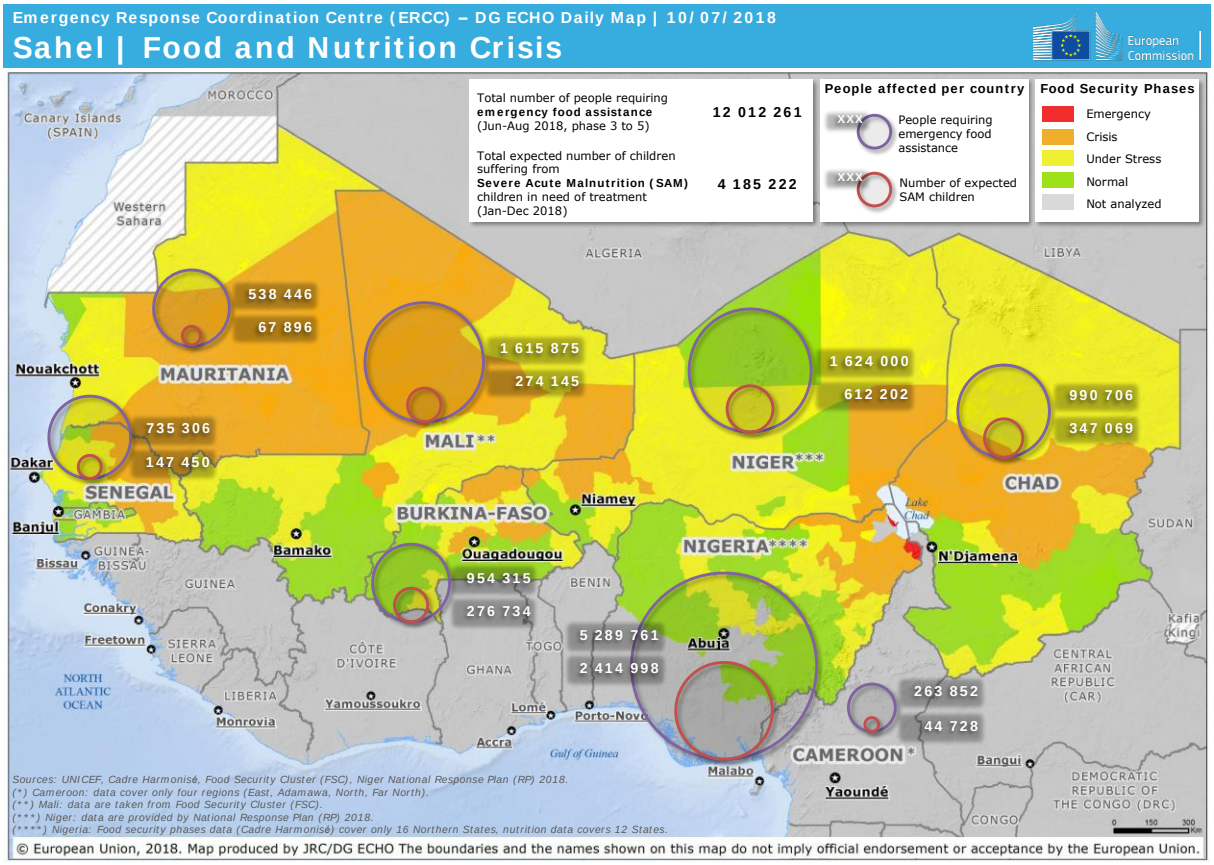
La DG ECHO considère l'insécurité alimentaire et nutritionnelle au Sahel comme une crise oubliée. La malnutrition aiguë sévère chez les enfants de moins de cinq ans est la conséquence la plus meurtrière des crises humanitaires dans la région. On estime que 1 025 000 enfants de moins de cinq ans meurent chaque année au Sahel, dont 461 250 en raison de la dénutrition maternelle et infantile.

---

[2] Le projet multi-pays ESSPOIR « *Les Enfants malnutris du Sahel sont Stimulés, Protégés, Orientés et Intégrés dans leur communauté devenue plus Résiliente* », a été financé par la Coopération Belge au Développement et mis en œuvre par HI au Mali, au Burkina Faso et au Niger de septembre 2015 à mars 2018. Le projet visait le renforcement des capacités de 30 services nutritionnels et des communautés pour réduire le risque de séquelles invalidantes chez les enfants de moins de 5 ans atteints de malnutrition.

[3] OCHA Sahel « Sahel, overview of humanitarian needs and requirements" 2018 (www.unocha.org/sahel)

[4] Source : UNOCHA 2018, citant les chiffres du Cadre Harmonisé (Phases 3 and 4) du Dispositif de Prévention et de Gestion des Crises Alimentaires.



Plus précisément dans les régions d'intervention :

Au Mali et dans la région de Mopti : ECHO fait le constat que la crise agro-pastorale continue d'aggraver la crise alimentaire et nutritionnelle au Mali, où le nombre de personnes en situation d'insécurité alimentaire grave a fortement augmenté par rapport aux projections initiales et atteint des niveaux alarmants dans un contexte de début de période de soudure. Une augmentation de 80% est observée au Mali par rapport à 2017. Le nombre total de personnes nécessitant une aide alimentaire urgente pendant la période de soudure est passé à plus de 1,4 million. Le Mali a une population totale de 17,6 millions d'habitants, dont environ 3,7 millions sont directement touchés par la crise, soit 21% de la population totale. ECHO estime que 13,4 millions de personnes, soit 76,1% de la population totale, sont indirectement touchées. Les perspectives humanitaires du pays indiquent que la situation se détériore, en particulier dans les zones touchées par le conflit dans les régions du nord et de plus en plus du centre.

Depuis le début de l'année 2018, la situation sécuritaire se dégrade dans la région de Mopti où les incidents liés aux conflits intercommunautaires ont connu une nette augmentation. Ces incidents ont causé la mort d'au moins soixante personnes et le déplacement interne de près de 11 400 autres depuis janvier[5]. Mopti est actuellement la région du Mali avec la plus grande proportion de ménages souffrant d'une consommation inadéquate (45.9%) en hausse de 5 points par rapport à août 2017.[6]

Pour l'année 2018, le nombre d'enfants malnutris aigus, âgés de 6-59 mois, attendu dans le pays est de 856 384 dont 274 145 malnutris aigus sévères et 582 238 malnutris aigus modérés. Une prévalence de retard de croissance particulièrement élevée a été constatée à Mopti (27%). La prévalence de malnutrition aigüe modérée (MAM) est de 10,0% (7,3% dans la région de Mopti) et celle de la malnutrition aigüe sévère (MAS) est de 2,0% (1,6% dans la région de Mopti). Au

[5] Bulletin humanitaire Mali, OCHA, Mai-Juin 2018
[6] Bulletin mVAM/ENSAN Bulletin #2, PAM, Août 2018

niveau national, la prévalence (MAG) varie entre 0,4% dans la région de Kidal et 4,2% pour la région de Mopti.[7].

Au Niger et dans la région de Maradi : Le Niger a une population totale de 19 millions d'habitants, dont 5 millions sont directement touchés par la crise, soit 27% de la population totale. On estime que 17 millions de personnes, soit 90% de la population totale, sont indirectement touchées[8].

L'insécurité grandissante aux frontières du Mali et une situation de déplacements prolongés dans la région de Diffa en raison des attaques de Boko Haram se produisent dans un contexte caractérisé par une pauvreté soutenue, l'insuffisance des services sociaux de base et une courbe démographique en constante progression. L'analyse des besoins montre la persistance de cinq crises majeures : insécurité alimentaire, malnutrition, épidémies, inondations et mouvements de populations. En mars 2018, le comité élargi de concertation du Dispositif National de Prévention et Gestion des Crises Alimentaires a relevé la cible totale à 1.661.000 personnes dans le besoin en termes de nutrition, en progression de 109% par rapport à 2017.

Dans la région frontalière de Maradi pourtant réputée pour sa production agricole, les déficits fourragers pendant 3 années consécutives, la récurrence des inondations et la hausse des prix des produits alimentaires de base limitent la disponibilité et l'accès aux aliments aux ménages pauvres et très pauvres. La lente reprise de la valeur de la monnaie nigériane (Naira) va continuer à avoir des impacts négatifs sur les opportunités liées aux flux transfrontaliers de produits agricoles et la vente des animaux en direction du Bénin et du Nigéria affectant de ce fait le pouvoir d'achat des populations vulnérables et contribuera à détériorer la situation alimentaire et nutritionnelle. La région de Maradi a été la région la plus touchée par les inondations de juin et juillet 2018 avec 5678 personnes sinistrées (décès, perte de bétail, maisons effondrées)[9].

Selon l'enquête nationale de nutrition réalisée par l'Institut National de la Statistique, les prévalences de la malnutrition atteignent ou ont dépassé les seuils d'alerte pour la Malnutrition Aiguë Globale et la malnutrition chronique[10] dans cette région : la malnutrition chronique ou retard de croissance est à 60,3% (seuil d'urgence OMS = 40%) ; la Malnutrition Aigüe Globale (MAG) est à 15,4% des enfants de moins de 5 ans (seuil d'alerte OMS = 10%) ; la Malnutrition Aigüe Sévère (MAS) est à 3,7% des enfants de moins de 5 ans (seuil d'urgence OMS = 2%).

Au Burkina Faso et dans la région du Sahel : Le Burkina Faso a une population totale de 18,1 millions d'habitants, la moitié de la population burkinabé vivant dans l'extrême pauvreté et ayant peu accès aux services de santé et de base. L'insécurité alimentaire structurelle est exacerbée par les prix élevés des denrées alimentaires et l'endettement récurrent des familles vulnérables. Pendant la période de soudure, on estime que 1,7 million de personnes sont en état de stress alimentaire et 257 000 en situation de crise alimentaire.

Le conflit asymétrique de basse intensité entre les Forces Armées Régulières du Burkina Faso (FAR) et les Groupes d'Opposition Armée (GOA) a pris une nouvelle dimension en 2018 au Burkina Faso. Au cours de la période janvier-août 2018, plus de 70 incidents impliquant les GOA et/ou les FAR ont été répertoriés dans la région Sahel, essentiellement dans la province du Soum (81% des incidents) et dans une moindre mesure dans la province de Oudalan (15% des incidents). Cette situation d'insécurité a entraîné des conséquences humanitaires considérables qui se déclinent notamment par des mouvements de population fuyant les zones de conflit et parfois par la fermeture des services publiques (essentiellement les écoles).

En outre la population de toute la bande sahélienne du nord est touchée par la crise agro-pastorale. Au total, plus de 620 000 personnes devraient faire face à une crise alimentaire. Ce chiffre est plus de deux fois supérieure à celui de 2017. Plus de 187 000 enfants pourraient souffrir de malnutrition aiguë sévère dans la région du Sahel.

[7] Enquête Nutritionnelle et de Mortalité Rétrospective de type SMART-2018, Mali
[8] HIP 2018, Version 6 – 26/06/2018, ECHO
[9] Bulletin humanitaire Niger, OCHA, Avril-Mai 2018,
[10] Évaluation de la situation nutritionnelle par la méthodologie SMART au Niger, résultats préliminaires INS, 2018

La prévalence de malnutrition chronique la plus élevée du pays est observée dans la province du Yagha (42,9%). Cette prévalence se situe au-delà du seuil d'urgence en termes de prévalence de la malnutrition chronique globale. Dans cette province, le district sanitaire de Sebba ciblé par le programme présente une Malnutrition Aiguë Globale de 10,4% chez les enfants de moins de 5 ans ; et la Malnutrition Aigüe Sévère se situe à 2,9%, bien au-delà du seuil d'urgence de l'OMS.

Les données de suivi des programmes nutrition par les ONG du sous-groupe PCIMA indiquent que pour l'année 2018, la couverture du programme PCIMA MAS à l'échelle nationale est faible (27% à septembre 2018); avec des disparités entre les régions. Les partenaires ne couvrent pas intégralement les régions et donc leurs efforts sont dilués quand on apprécie la couverture à l'échelle régionale. C'est le cas de la région du Sahel où les districts sanitaires de Dori et de Djibo présentent une couverture de l'ordre de 50% contre une couverture régionale de 21% (les districts sanitaires de Sebba et Gorom-Gorom tirent l'indicateur vers le bas.)

2. Une faible prise en charge holistique et pluridisciplinaire de la malnutrition pour éviter les effets irréversibles sur le développement des enfants de moins de 5 ans

L'état de dénutrition amène à un retard de croissance. Lorsque les enfants présentent un retard de croissance avant l'âge de 2 ans, ils sont exposés à un risque plus élevé de maladie et sont plus susceptibles que des enfants jouissant d'une alimentation adéquate de souffrir de déficiences cognitives et de difficultés d'apprentissage durant leur enfance et leur adolescence. La malnutrition aiguë sévère chez les enfants peut avoir des effets néfastes sur leur développement et conduire à des limitations fonctionnelles et à une restriction de leur participation sociale.

Plusieurs travaux ont été réalisés et montrent le lien entre malnutrition et problème de développement chez les enfants de moins de 5 ans (Ngianga - Bakwin et al. 2011). Outre les problèmes de cognition, la malnutrition peut provoquer des troubles du comportement tels qu'un déficit d'attention associé à de l'hyperactivité, des difficultés de régulation émotionnelle ou de socialisation. Des études longitudinales rapportent des effets sur la santé mentale plus tard avec des niveaux plus élevés de dépression, d'anxiété et de faible estime de soi chez les adolescents qui ont eu un retard de croissance avant l'âge de 2 ans (Andrew J Prendergast et al. 2014). L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande une prise en charge qui inclue un volet de stimulation. Si ce volet est essentiel pour préserver le capital des enfants, sa mise en œuvre est difficile et la mobilisation des parents irrégulière. D'autres études ont ainsi analysé la faisabilité de l'application sur le terrain, en milieu hospitalier ou en zone rurale, des recommandations de l'OMS pour la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère (Deen et al., 2003 ; Ashworth et al., 2004 ; Karaolis et al., 2007). Les bienfaits du volet simulation sont reconnus mais pourtant son application est moins suivie que celle du volet clinique (Dreyer, 2011).

Cependant, les capacités des systèmes de santé nationaux à gérer la malnutrition aiguë sont importantes et ont généralement augmenté ces dernières années avec le déploiement de structures de soin au niveau des chefs-lieux de région ou province, et au niveau des communes. La prise en charge de la malnutrition aiguë sévère est gratuite et assurée par les ministères de la santé par l'intermédiaire de leur direction de la nutrition, avec l'appui de nombreux partenaires (organisations internationales, ONG, Croix Rouge, agences onusiennes). Elle s'effectue au niveau des services nutritionnels :

- en Centre ou Unité de Récupération et d'Éducation Nutritionnelle Intensive (CRENI ; URENI ou PCI) pour les enfants souffrant d'une malnutrition aiguë sévère avec un appétit médiocre et/ou présentant des complications. Ces centres ou unités sont situés au niveau du chef-lieu de région ou de province/département.
- en Centre ou Unité de Récupération et d'Éducation Nutritionnelle Ambulatoire (CRENA, URENA ou PCA) pour les enfants souffrant d'une malnutrition aiguë sévère et avec appétit modéré et ne présentant pas de complications médicales. Ces centres ou unités sont situés au niveau de chaque commune.

La participation des membres de la communauté est une composante importante du système. En particulier, les membres de la communauté participent à la gestion des services de santé en collaboration avec les professionnels de santé. En plus de la prise en charge directe, les membres de la communauté sont impliqués, via les ONG, dans les actions de sensibilisation de la population, le dépistage, l'identification des cas et le référencement vers les services nutritionnels.

L'étude menée par HI et l'UNICEF (publiée en 2015) au Mali et les résultats du programme ESSPOIR ont montré l'importance des activités de stimulation précoce et des interactions parent-enfant et soignant-enfant dans le processus de soin des jeunes enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère. Sans une stimulation appropriée, les enfants malnutris risquent de souffrir d'un retard de développement, notamment pendant les longues périodes de maladie. La stimulation précoce contribue au développement maximal des capacités de l'enfant et à réduire les risques ou minimiser l'impact des conséquences d'une déficience motrice, sensorielle et/ou cognitive. Améliorer l'état nutritionnel de l'enfant en combinant des activités de stimulation aura un impact sur la survie, le développement et la récupération de l'enfant malnutri.

3. Des acteurs insuffisamment impliqués dans le processus des soins pour le développement de l'enfant

Même si les protocoles nationaux de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë (PCIMA) des 3 pays d'intervention intègrent l'aspect stimulation précoce des enfants MAS et prise en charge psycho sociale comme le recommande l'OMS, la plupart des services nutritionnels ne pratique pas la stimulation précoce dans les soins nutritionnels. Dans les districts sanitaires ciblés des régions de Mopti au Mali, de Maradi au Niger et du Sahel au Burkina Faso, les observations et les entretiens avec les responsables des services sanitaires ont confirmé la quasi absence de stimulation précoce, que ce soit au niveau des services nutritionnels qu'au niveau des communautés ou des familles. Les personnels de santé et les personnels des services sociaux impliqués dans la prise en charge de la malnutrition manquent de connaissances, de compétences, d'espaces et de matériels pour inclure systématiquement la stimulation précoce et travailler à l'interaction parent-enfant et soignant-enfant.

De plus, le système de suivi-évaluation de la malnutrition est régulier et pointu mais basé exclusivement sur la collecte de données quantitatives (nombre d'enfants pris en charge et taux de guérison). Aucune attention n'est portée sur la qualité de la prestation ni sur l'évaluation du développement global de l'enfant. Il n'y a pas d'outil de mesure du développement permettant de réaliser le bilan des capacités acquises à un moment donné par l'enfant et de proposer une prise en charge de stimulation adaptée.

Au niveau communautaire, différents programmes cherchent à mobiliser des agents ou volontaires communautaires pour contribuer à la lutte contre la malnutrition. La plupart des programmes participent à la stratégie ANJE (Alimentation des Nourrissons et des Jeunes Enfants) promue par l'UNICEF. Pour ce faire, des cadres de sensibilisations appelés Groupe d'apprentissage et de suivi des pratiques d'ANJE (GASPA) ou Groupes de Soutien aux Activités de Nutrition (GSAN) au Mali sont créés dans les villages. Les agents communautaires et les organisations qui les soutiennent n'ont pas intégré la stimulation précoce des enfants qu'il est nécessaire de fournir après leur prise en charge médicale par les services nutritionnels. Ils ont besoin d'un cadre de référence et d'outils faciles à utiliser. Enfin, des croyances locales encore ancrées dans certaines communautés stigmatisent et dévalorisent les enfants malnutris aigus sévères qui sont alors laissés sans attention. Des actions de sensibilisation et d'éducation des populations sont nécessaires pour démystifier ces croyances et soutenir l'action des agents communautaires. De plus, en milieu rural, les enfants n'ont pas accès à des activités préscolaires et les parents n'ayant pas de culture de la stimulation, n'en connaissent pas ses bienfaits sur le développement.

Au niveau institutionnel, la stimulation d'éveil a été très récemment incluse dans les protocoles nationaux de prise en charge de la malnutrition aiguë. Devant l'immense tâche du déploiement des services nutritionnels, les pouvoirs publics et les partenaires ont négligé cet aspect des soins

pourtant fondamental. Il est maintenant nécessaire de promouvoir ces activités de stimulation dans les schémas institutionnels, les procédures administratives, les systèmes de planification et les processus de l'aide internationale. Pour opérationnaliser le protocole de prise en charge intégrée et l'appliquer de façon complète, les acteurs ont besoin d'appui technique et de ressources. Pour cela, une expertise technique doit être disponible au niveau des pays du Sahel.

4. Un déploiement de l'approche dans le cadre du programme ESSPOIR mais une mise à l'échelle Nationale non satisfaisante

Le projet ESSPOIR financé par la DGD a été mis en œuvre par HI au Mali, au Burkina Faso et au Niger de septembre 2015 à mars 2018. Le programme visait le renforcement des capacités de 30 services nutritionnels et des communautés pour réduire le risque de séquelles invalidantes chez les enfants de moins de 5 ans atteints de malnutrition. Au terme de 30 mois de programme, 30 200 enfants ont bénéficié de stimulation précoce. Dans les services nutritionnels, 38 espaces de stimulation ont été mis en place et 233 agents sociaux sanitaires formés à la stimulation précoce. Le programme a été particulièrement bien accueilli par les acteurs de la santé et de la nutrition, qui ont formulé des demandes d'information et de formation sur l'intégration de la stimulation précoce dans le protocole de soin des enfants malnutris aigus.

Ce programme ESSPOIR était considéré comme une approche pilote destinée à tester une méthodologie et un modèle de prise en charge. Le programme a fait l'objet d'une capitalisation ainsi que d'une évaluation externe qui a permis de valider cette approche. De plus, si elle a donné des résultats satisfaisants, elle a aussi a contribué à la dynamique d'apprentissage pour parfaire l'expertise de HI dans ce domaine. Néanmoins, trop peu de districts sanitaires ont été touchés lors de la première intervention pilote, et les activités de stimulation sont loin d'être suffisamment effectives.

Les réflexions sur le déploiement de mise à l'échelle avec les autorités sanitaires sont en cours. Depuis la fin du programme ESSPOIR, HI, en collaboration avec l'UNICEF a formé (en juillet 2018) au Burkina Faso, 15 partenaires internationaux et le personnel de la Direction Nationale de la nutrition sur l'approche et les outils, mais cela nécessite un accompagnement à moyen termes.

De nouveaux districts sanitaires ont besoin de connaitre l'approche et la déployer sur leur territoire. Ce nouveau programme souhaite étendre son intervention sur d'autres zones, poursuivre le renforcement de compétences des acteurs, et le plaidoyer auprès des Etats pour la mise à l'échelle.

5. Des activités difficilement financés par l'Etat et par d'autres partenaires techniques et financiers ;

Les activités de stimulation intégrées à la prise en charge de la malnutrition aiguë ne sont pas encore financées par les Etats des 3 pays ciblés. Suite aux résultats du programme ESSPOIR, encouragés et soutenus par les autorités sanitaires ou d'autres partenaires comme l'UNICEF, la nécessité de mieux connaitre l'approche, les outils et de travailler à son déploiement sur d'autres zones est apparue comme cruciale. Ces services techniques de l'Etat soutiennent l'approche étant donné que le cadre de l'intervention répond à la politique nationale de lutte contre la malnutrition et au cadre stratégique de réponses humanitaires. Quelques nouvelles initiatives ont vu le jour :

Au Burkina Faso, le Fonds fiduciaire d'Urgence de l'Union Européenne à travers son projet RESA mis en œuvre par HI (en lead), Médecins du Monde Espagne, Vétérinaires Sans Frontières Belgique et la Croix Rouge Espagnole (2 ans -2018 /2019) a accepté de financer sur 5 aires de santé des activités de stimulation précoce auprès des enfants MAS selon la méthode de HI sur le

district Sanitaire de Sebba. Les activités se termineront en décembre 2019. Une vidéo des activités de stimulation dans le cadre de ce projet est disponible sur le site du Trust Fund[11].

Au Niger, après plusieurs mois de discussion, l'UNICEF Niger a décidé de financer la poursuite et des actions de pérennité des activités de stimulation d'ESSPOIR sur seulement 3 aires de santé du district de Maradi pour une année à hauteur de 120 000 Dollars US à partir de Janvier 2019.

Au Mali, l'UNICEF s'est déjà engagé avec HI sur le financement de ces activités en 2013. Depuis, la priorité s'est orientée sur le traitement thérapeutique de la malnutrition aiguë. Des négociations sont en cours entre HI et l'Agence Française de Développement pour introduire les activités de stimulation des enfants MAS dans les URENA dans le cadre du déploiement d'un projet de santé néonatale, maternelle et infantile dans la région de Tombouctou.

Cependant, le dispositif national reste très dépendant de l'appui des partenaires (plus de 80%, des investissements en nutrition proviennent des fonds d'urgence), avec une forte dépendance de la PCIMA vis-à-vis des financements extérieurs. La majorité de ces fonds sont orientés vers le financement de la prévention, du dépistage et du traitement thérapeutique de la malnutrition.

Le financement des activités de stimulation d'éveil pour les enfants MAS reste encore laissé pour compte alors qu'elles sont inscrites dans les PCIMA. Il y a, d'une part, un besoin de poursuivre les activités sur d'autres sites, d'autre part, accompagner les Etats à trouver des stratégies et des financements pour la mise à échelle. Le leadership du Ministère de la Santé Publique est essentiel afin d'assurer l'intégration des activités de stimulation précoce dans la prise en charge de la malnutrition aiguë au système de santé existant et ainsi d'éviter une approche verticale.

HI, à travers ce programme, souhaite poursuivre ce plaidoyer auprès des acteurs étatiques pour la mise à l'échelle des activités de stimulation dans tous les services nutritionnels. Le programme ESSPOIR était considéré comme une phase expérimentale. D'un côté il a posé les bases de l'approche pour l'accompagnement des services nutritionnels, de l'autre côté, il a informé les autorités, les bailleurs de fonds et les acteurs internationaux des résultats de l'intervention et les améliorations nécessaires en vue d'une mise à l'échelle. La poursuite sur la durée s'avère primordiale pour un accompagnement des gouvernements à la mobilisation de fonds supplémentaires. Nous envisageons notamment de postuler pour un programme au sein de l'accord-cadre DGD Développement 2022-2027 sur cette thématique, et avant cela, ce second programme nous permettrait de pérenniser les acquis du programme ESSPOIR, d'entamer la démarche de passage à l'échelle tout en renforçant le plaidoyer qu'il faudra poursuivre dans la durée.

2.3 Veuillez résumer les résultats de l'évaluation (le cas échéant, annexer un rapport complet) en établissant un lien avec l'action

Une évaluation externe du programme ESSPOIR a eu lieu en mars 2018. Les principaux résultats de cette évaluation étaient les suivants :

- Le programme ESSPOIR a favorisé de manière générale **la mise en place d'instances de concertation et d'échanges avec les acteurs** impliqués dans la mise en œuvre du projet dont un comité de pilotage au niveau régional, la tenue des rencontres bilan au niveau des centres de récupération, la mise en place des comités de surveillance au niveau communautaire.

  → Ce nouveau programme « PASSEPORT pour grandir » poursuivra cette dynamique, notamment grâce aux comités de pilotage qui seront mis en place dans chaque pays.

[11] https://ec.europa.eu/trustfundforafrica/all-news-and-stories/la-kinesitherapie-au-secours-des-enfants-malnutris-dans-la-province-du-yagha_en

- Le programme ESSPOIR a pu **promouvoir un esprit de coopération avec les acteurs institutionnels œuvrant dans le secteur de la petite enfance et de la nutrition** en concluant des partenariats formels sur la base de conventions et en suscitant de façon tacite et implicite des partenariats avec les autres acteurs du secteur.

  → Ce nouveau programme poursuivra la promotion de cet esprit de coopération avec les acteurs institutionnels avec lesquels des conventions de partenariat seront signées là où ce n'est pas déjà le cas. Il est nécessaire d'accompagner chaque acteurs afin qu'ils deviennent au fur et à mesure autonome dans la mise en œuvre des activités (activités de stimulation, de supervision, de plaidoyer…)

- Le programme ESSPOIR était **pertinent pour les parties prenantes**, notamment les acteurs institutionnels et les partenaires du secteur de la nutrition au niveau des zones d'intervention. En effet, le programme a contribué à la mise en œuvre des politiques nationales de prise en charge de la malnutrition (PCIMA) et a répondu à un besoin réel des communautés. Les observations de terrain et les entretiens avec les autorités sanitaires et leurs partenaires opérationnels (UNICEF, MSF, Save The Children, Help, MDM) confirment que la majorité des services nutritionnels (intensifs ou ambulatoires) ne planifie pas les activités de stimulation dans leurs activités de routine (paquet minimum d'activités).

  → Ce nouveau programme proposera sur d'autres districts sanitaires (ou aires de santé) une offre de service innovante en introduisant la stimulation précoce auprès des enfants malnutris par le déploiement d'un paquet d'activités, ainsi que la combinaison d'une technique nouvelle de stimulation (kinésithérapie de stimulation) et des soins centrés sur la relation enfant/parents. Cette approche vise à accélérer le rétablissement des enfants malnutris aigus sévères, redynamiser la relation enfant/parent et préserver leur capital humain.

  → Dans la recherche de solutions pour les retards qui influent sur le développement des enfants, l'OMS, depuis 2018, propose de mettre l'accent sur les soins attentifs pour le développement de la petite enfance[12]. Les soins attentifs favorisent non seulement le développement physique, psychologique, social et cognitif, mais protègent aussi les jeunes enfants contre les abus pour assurer leur sûreté et leur sécurité. Dans le cadre de cette réponse aux besoins sur les soins attentifs pour le développement de la petite enfance, HI a développé cette approche qui place ses interventions dans le cadre des politiques nationales de prise en charge intégrée de la malnutrition (PCIMA). L'approche consiste à mettre en place un dispositif qui comprend l'aménagement d'espaces de stimulation, la formation des professionnels socio-sanitaires, des kinésithérapeutes, des agents communautaires, la fourniture ou la création des kits de jeux et la sensibilisation des médecins et des autorités pour faciliter l'accès à cette prise en charge. De plus, l'approche assure l'adjonction de la dimension familiale et communautaire, créant ainsi un continuum de soins dans l'intégration de ces dimensions dans et autour des services de santé. HI a développé plusieurs protocoles et outils (testés, validés et disponibles) qui serviront de référence pour les équipes et acteurs impliqués dans la mise en œuvre de ces activités. Ce paquet (protocoles, stratégies, modules, outils) disponibles permettront un déploiement rapide des interventions sur le terrain pour ce nouveau programme.

- **En termes de changement**, dans le cadre du programme ESSPOIR, les efforts d'appui institutionnel ont favorisé la mise en place des salles dédiées à la kinésithérapie, assuré la prise en charge des séquelles invalidantes de la malnutrition ainsi que la création des espaces de vie et d'échanges au sein des centres de santé pour une implication des parents/accompagnants dans les séances de stimulation d'éveil. Le cas de changement le plus important est la réforme des politiques nationales du Mali pour intégrer les aspects de stimulation dans la prise en charge de la malnutrition.

[12] http://www.who.int/maternal_child_adolescent/child/nurturing-care-framework-rationale/en/

→ La stratégie du nouveau programme est de venir combler un vide existant (au niveau des districts où la stimulation d'éveil est inexistante) pour une prise en charge totale de la malnutrition car plus de 40% des enfants MAS de moins de 5 ans souffrent de retard de croissance, souvent couplé à un retard de développement cognitif et physique. Cette approche comblera les lacunes en termes de réponse aux besoins spécifiques des enfants malnutris, et des familles les plus vulnérables. S'il est primordial de sauver la vie des enfants, il est également crucial de préserver leur capital cognitif et productif afin qu'ils puissent être les acteurs de leur avenir.

- **Au niveau des communautés,** l'évaluation du programme ESSPOIR a noté une amélioration significative des connaissances, attitudes et pratiques, le référencement systématique des cas de malnutrition au niveau des centres de santé et le renforcement durable des compétences au niveau communautaire. Motiver et impliquer les familles, est une thématique récurrente de la stimulation précoce et est chaudement recommandée par l'OMS et l'UNICEF (WHO, 2000 ; 2001), qui mettent l'accent sur la nécessité de transférer le savoir et les compétences requises pour qu'elles soient capables de suivre elles-mêmes le développement de leur enfant et de proposer des activités pour favoriser un développement harmonieux.

  → Ce nouveau programme proposera une approche communautaire centrée sur le développement des liens parents/enfants à travers le jeu. La participation active des parents et notamment du père dans la prise en charge permettra de leur montrer la plus-value d'un renforcement des relations familiales. Le programme mettra un accent particulier pour une meilleure implication des pères, il donnera des éléments pratiques et opérationnels pour favoriser une prise en charge centrée sur l'enfant et ses parents et contribuer à la qualité des soins et à la pérennité de leurs bienfaits au niveau individuel et familial.

- **Les enquêtes sur les Connaissances, les Attitudes et les Pratiques** (CAP) réalisées en 2016 et 2017 dans le cadre du programme ESSPOIR ont révélé que les activités de sensibilisation communautaires et de renforcement des aptitudes parentales au travers d'activités récréatives avaient été une stratégie très efficace. Après la mise en œuvre de ces activités communautaires, 92,2% des familles interrogées affirmaient pratiquer la stimulation au Burkina Faso, 90,7% au Niger, et 82,8% au Mali. L'évaluation finale du programme ESSPOIR a cependant mis en exergue **le faible engagement des hommes** dans la lutte contre la malnutrition et dans les activités de stimulation des enfants.

  → Le nouveau programme mobilisera et renforcera les capacités des acteurs communautaires et des familles (en particulier les pères) à promouvoir la stimulation précoce et le jeu. Des activités éducatives et récréatives seront proposées au sein d'espaces communautaires (foyers communautaires); les pères d'enfants malnutris aigus sévères seront accompagnés pour intégrer la stimulation précoce dans les activités quotidiennes à leur domicile, dans l'environnement naturel de l'enfant. Des activités cibleront spécifiquement les hommes en valorisant leur rôle et en combattant les préjugés, comme la mise en place des foyers communautaires Hommes (discussion, fabrication de jeux locaux) et les sensibilisations accrues au niveau familial lors des visites à domicile. Ce programme va impulser davantage l'implication des pères dans le soin de l'enfant. Il s'agira de susciter la collaboration et la motivation du père à s'impliquer dans les activités de stimulation et de jeux après l'épisode aigu de malnutrition quand l'enfant sera de retour à la maison.

  → Des synergies seront recherchées avec les projets s'inscrivant dans la stratégie ANJE. Les activités récréatives et le rôle des mères éducatrices et des agents communautaires seront adaptés selon les initiatives en cours et les besoins des communautés. Ces activités de ce nouveau programme pourront être intégrées dans les GASPA (Groupe d'Apprentissage et de suivi des pratiques ANJE) ou aux Groupes de Soutien aux Activités de Nutrition (GCSAN au Mali) pour faciliter la programmation et la continuité des activités au niveau communautaire. Les exercices de stimulation des mouvements actifs de l'enfant, de ses capacités cognitives et de ses capacités

sociales, notamment sous la forme de jeux, compensera le retard de développement, afin d'éviter, ou au moins limiter les séquelles. Ces exercices ne comportent pas de risques en soi, et peuvent être enseignés à des agents de santé ou communautaires non spécialisés, et en partie à la famille. Les avantages de cette approche sont : pour l'enfant : i) une récupération plus rapide ; ii) une prévention des rechutes ; iii) une réduction du risque de retard mental et psychomoteur ; iv) une prévention des séquelles invalidantes ; v) une plus grande autonomie. Et pour les parents : i) redonner confiance dans le rôle de parents ; ii) retrouver une place de mère et père responsabilisés et acteurs dans la guérison de son enfant ; iii) intégrer le père dans les décisions concernant la prise en charge de l'enfant et les activités d'éveil.

- Dans le cadre du programme ESSPOIR, les changements **ont été prégnants sur les différents systèmes sanitaires** avec le changement du regard de ceux qui ont été formé sur la stimulation ou confrontés à ses résultats, et avec la mise en disposition d'un plateau technique performant. Le seul obstacle pour un impact plus grand de la stimulation reste **la question de la disponibilité des ressources financières**. Il faut dire, que la question de **renforcement des capacités** s'est avérée transversale et centrale dans la mise en œuvre du programme ESSPOIR, permettant de disposer d'une masse critique d'agents de santé formés et disponibles dans les différents pays. La mobilisation des agents de santé autour de la pratique reste un défi à relever.

  → Dans le cadre de ce nouveau programme, HI a décidé de former des formateurs nationaux et régionaux, qui eux même formeront les agents socio-sanitaires. Ces formateurs auront pour rôle de suivre et d'accompagner les agents de santé formés pour mettre en pratiques dans leur quotidien les activités de stimulation au sein des services nutritionnels. Le programme s'appuiera cette fois-ci principalement sur les ressources locales (formations de formateurs) et engagera dès le départ un transfert de compétences et l'implication des autorités sanitaires et sociales et de leurs partenaires opérationnels pour le suivi des activités. Il s'agira :

    - De poser un cadre de programmation avec les autorités et les comités de gestion communautaires.
    - De former un pool de formateurs (des services techniques de l'Etat) qui formeront eux même les personnels de santé et des services sociaux sur la stimulation précoce.
    - De mettre en place et organiser des espaces de stimulation et de kinésithérapie dans les centres de soin.
    - D'accompagner, par le pool de formateur nationaux, les personnels socio-sanitaires formés à la mise en place d'activités de stimulation d'éveil des enfants par des séances collectives basées sur le jeu avec les accompagnants des enfants.
    - De mettre à disposition des kinésithérapeutes qualifiés pour prendre en charge les enfants malnutris sévères ayant besoin de soins spécifiques de façon individuelle. Cette nouvelle méthode de stimulation est complémentaire aux sessions de stimulation affective et physique recommandées par l'OMS. Une première étude au Mali (2015) a montré la plus-value de cette approche et des effets prometteurs sur le développement des enfants.

- **Supervisions :** Le rapport d'évaluation du programme ESSPOIR a souligné l'importance des activités de supervision par les directions régionales de la santé/de la nutrition. L'expérience du programme a montré qu'au démarrage des activités les personnels de santé avaient de la difficulté à accepter les activités de stimulation. La forte implication des directions régionales de la santé ou des directions de la nutrition à travers leur participation au comité de pilotage du programme a permis la mise en place de supervisions prenant en compte la stimulation. Cela a fortement contribué à inscrire la stimulation dans les activités de routine.

→ Le nouveau programme apportera un soutien méthodologique et logistique aux directions nationales et aux directions régionales pour intégrer rapidement la stimulation précoce dans les activités de supervision et de recueil des données de la nutrition.

- Selon les conclusions du rapport d'évaluation finale du programme ESSPOIR « le projet est perçu par les partenaires **comme pertinent et adapté aux besoins des bénéficiaires**».

  → Pour continuer à améliorer les pratiques thérapeutiques et mieux répondre aux besoins des bénéficiaires, ce nouveau programme prévoit une **recherche anthropologique** exploratoire afin d'étudier les dynamiques relationnelles dans la triade soignant-parent-enfant qui permettra d'optimiser la prise en charge. Le bien-être des parents apparaît comme un élément incontournable au bien-être de l'enfant et à son bon développement. Si la littérature et les expériences montrent la nécessité d'impliquer activement les parents dans les activités de stimulation pour renforcer l'efficacité des séances et assurer une pérennisation des pratiques, il existe peu de guidance pour opérationnaliser cette participation. L'étude exploratoire anthropologique éclairera ces mécanismes. Le résultat de l'étude viendra affiner les outils, les curriculums de formation et les stratégies de mise à l'échelle.

- **Mise à l'échelle et pérennité :** Le programme ESSPOIR a amené à une prise de conscience des autorités sanitaires quant à l'importance de la stimulation d'éveil dans les soins nutritionnels, jusqu'alors négligée. Même si **la pérennisation des acquis a constitué une priorité pour HI** dans la mise en œuvre de ce programme ESSPOIR, il n'y a pas eu de stratégie de retrait et ou de pérennisation conséquente et ceci a constitué sans doute une des faiblesses du programme. Les résultats et la capitalisation de ce programme ont suscité un grand intérêt des ministères de la santé qui ont vu la possibilité de répliquer le modèle proposé. Les acteurs de la santé et de la nutrition en particuliers ont formulé un besoin de renforcement de capacités et d'accompagnement pour opérationnaliser le protocole de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë. L'augmentation du nombre de cas et l'aggravation de la crise nutritionnelle ne doit pas amener à une perte de vitesse dans cette appropriation et de cette institutionnalisation.

  → Ce nouveau programme soutiendra les réflexions de différents groupes de travail existants ou à créer en coordination avec les clusters Nutrition, au niveau des régions et au niveau national pour identifier et faciliter les actions concrètes à mener pour mettre à l'échelle et pérenniser les activités de stimulation (par exemple, inclure l'intégration des activités de stimulation dans les plans d'action annuels des districts sanitaires ; ou encore intégrer les données des activités de stimulation dans les statistiques sanitaires au niveau des systèmes Nationaux d'informations Sanitaires (SNIS) ;

  → Ce nouveau programme s'inscrit en cohérence avec l'engagement fort de la part des autorités nationales (appuyé par des agences multilatérales comme l'UNICEF), pour initier des actions, des innovations et des stratégies pertinentes afin d'améliorer la prise en charge existante. La documentation et dissémination des résultats du programme ESSPOIR est une opportunité pour une plus grande appropriation et mobilisation des acteurs principaux au niveau national et international. Ce nouveau programme devrait être facilité par ces partenaires pour améliorer la stratégie de mise à l'échelle. L'UNICEF est un acteur clé dans la lutte contre la malnutrition avec un pouvoir d'influence important sur le gouvernement. Il est membre des comités techniques nationaux des Ministères de la santé publique dans les 3 pays et pourra avoir un rôle d'incitateur, de propulseur de la démarche en permettant d'inciter une mise à l'échelle et mobiliser des financements supplémentaires.

  → Des journées de sensibilisation seront proposées aux partenaires opérationnels du secteur de la nutrition, de la petite enfance, de l'action sociale sur l'approche et les outils utilisés. Ce nouveau programme mettra l'accent et contribuera fortement à l'intégration et collaboration multisectorielle entre le système de protection sociale, de

la petite enfance et le système de santé, en améliorant la qualité des services nutritionnels et la prise en charge psychosociale de l'enfant et sa famille avec la création d'un premier noyau d'expertise locale (formation de formateurs) qui poursuivra la démarche pour la mise à l'échelle. Ce programme appuiera aussi les réflexions sur les avantages de l'association de la récupération nutritionnelle et des interventions de kinésithérapie de stimulation.

→ Ce nouveau programme favorisera la mutualisation et la complémentarité des ressources en s'appuyant au maximum sur les initiatives déjà présentes avec les autres intervenants du secteur de la Nutrition qui s'occupent de la prévention communautaire, du dépistage ou du traitement thérapeutique pour assurer une complémentarité dans la prise en charge holistique de la malnutrition comme par exemple Médecin du Monde Espagne (MdM) dans le district de Sebba (Burkina Faso), Save the Children au sein de l'URENI de Mopti (Mali), et MSF intervenant dans le CRENI de Madarounfa (Niger).

- **Moyens humains en réadaptation :** Les différentes initiatives menées par HI dans le domaine de la réadaptation et les entretiens préalables avec les acteurs de la réadaptation pour la conception du programme font état du faible nombre de kinésithérapeutes dans les trois pays, et de la difficulté de les recruter dans les régions rurales affectées par la malnutrition aiguë.

  → Ce nouveau programme prévoit de soutenir les 3 associations professionnelles de kinésithérapeutes ainsi que des stagiaires étudiants des 2 écoles de kinésithérapeutes (Mali et Niger) afin de mener, d'une part un plaidoyer pour augmenter le nombre d'étudiants en formation et le recrutement des kinésithérapeutes, et d'autre part une sensibilisation au sein des 2 écoles de kinésithérapie existantes sur l'apport de la kinésithérapie d'éveil dans le traitement de la malnutrition. Les 3 associations contribueront également à la supervision et au déploiement de l'approche et participeront à la formation en incluant également les 2 kinésithérapeutes de l'Etat travaillant au sein de l'hôpital régional de Mopti (Mali).

  → Ce programme portera les efforts de plaidoyer sur le fait d'intégrer la prise en charge de la kinésithérapie dans le paquet de soins de nutrition. Au Niger et au Mali, des actions de plaidoyer ont déjà été entreprises auprès des Ministères (par les associations) pour le déploiement de kinésithérapeutes au niveau des régions. Ce plaidoyer aidera les autorités compétentes à mieux orienter des mesures adéquates à prendre pour encourager cette prise en charge spécifique de kinésithérapie. La fonction des kinésithérapeutes devrait évoluer pour qu'ils soient en capacité de travailler également auprès des enfants malnutris dans leur quotidien.

2.4 [INT] Si des changements sont intervenus dans l'évaluation des besoins au stade du rapport intermédiaire, veuillez préciser

2.5 [FIN] Si des changements sont intervenus dans l'évaluation des besoins après le rapport intermédiaire, veuillez préciser

3. ORGANISATION HUMANITAIRE DANS LA ZONE D'INTERVENTION

3.1 Présence de l'Organisation humanitaire dans la zone d'intervention: bref aperçu de la stratégie et des activités actuelles ou récentes dans le pays

HI intervient au Burkina Faso depuis 1991, au Mali depuis 1996 et au Niger depuis 2007.

Au Burkina Faso, HI est présent dans la Région du Sahel depuis 2013 pour y promouvoir la stimulation précoce des enfants malnutris et y mettre en œuvre des actions d'éducation et de protection de l'enfance, notamment en partenariat avec l'ONG Terre des Hommes Lausanne (2014-2016). Le programme ESSPOIR a été mis en œuvre de septembre 2015 à mars 2018

dans les provinces du Séno, du Soum et de l'Oudalan. Un projet d'éducation inclusive est en cours d'exécution dans les quatre provinces de la Région du Sahel dont le Yagha et dans le district de Sebba depuis 2017. Enfin, un projet de renforcement durable de la résilience des communautés et des ménages vulnérables à l'insécurité alimentaire et nutritionnelle, comprenant un volet sur la stimulation précoce, est mis en œuvre dans la province du Yagha (dans 5 formations sanitaires) en partenariat avec MDM Espagne et la Direction Régionale de la Santé Publique. HI s'appuie sur 3 bureaux opérationnels dans la région du Sahel, dont un à Sebba avec 12 personnes, ainsi qu'un bureau de coordination à Ouagadougou. L'équipe dans le pays est de 80 personnes.

Au Mali, HI mène des activités dans les régions de Tombouctou, Gao, Mopti, Sikasso et dans le district de Bamako afin de répondre aux besoins des personnes handicapées et des personnes vulnérables en termes de sécurité alimentaire, protection, éducation inclusive, santé et de réadaptation fonctionnelle. Le programme ESSPOIR a été mis en œuvre de septembre 2015 à mars 2018 dans la région de Tombouctou en appui à 16 services nutritionnels. Dans le centre, HI est présent dans la région de Mopti depuis 2012 avec des actions de santé maternelle infantile, d'éducation aux risques des engins explosifs de guerre, de lutte contre les violences basées sur le genre, de soutien psychosocial aux déplacés venant du Nord, et de soutien à l'insertion socio-professionnelle des jeunes. Les résultats de ces interventions ont été fortement appréciés par les acteurs tant au niveau institutionnel que communautaire. Le bureau opérationnel à Mopti compte 17 personnes, parmi les 158 employés au niveau du pays.

Au Niger, les actions de HI se situent actuellement à Niamey, Maradi et Tahoua, mises en œuvre avec une équipe de 53 personnes. Elles portent sur les domaines de l'éducation, de la protection et du développement local, avec une attention portée au renforcement des capacités locales. HI assure une présence effective dans la région de Maradi depuis 7 ans avec un bureau opérationnel de 13 employés. Des stratégies d'intervention ont été développées dans cette région avec nos partenaires locaux en développement local inclusif et en éducation inclusive. Le programme ESSPOIR a été mis en œuvre de 2015 à 2018 dans la communauté urbaine de Maradi et dans une partie du département de Madarounfa.

Dans les trois pays et les zones d'intervention proposée, HI a tissé de nombreux partenariats et est un acteur reconnu. Sa présence sur le terrain avec des bureaux opérationnels, des partenariats établis permettront une mise en œuvre rapide des actions.

3.2 Actions en cours et demandes de financement introduites auprès d'autres donateurs), dans la même zone d'intervention – veuillez indiquer comment les chevauchements et le double financement seraient évités

Au Mali, le projet « Accompagnement de la Jeunesse et des Collectivités Territoriales dans leurs Initiatives de Formation et d'insertion Professionnelle (ACTIF) » intervient dans l'ensemble des huit cercles et les 108 communes de la région de Mopti. L'objectif principal du projet est d'améliorer la capacité de résilience économique de 3000 jeunes afin de réduire le sentiment d'exclusion et d'accroître sa participation au développement socio-économique de la région de Mopti. Ce projet, financé par l'AFD de 2018 au 2021 intervient dans un domaine très différent de celui de la nutrition. HI vient de lancer en fin d'année 2018, un projet d'assistance aux victimes d'explosifs appelé CARE (Comprehensive Assistance, Rehabilitation and Empowerment for survivors of explosive hazards) avec le financement de UNMAS. Ce projet vise à améliorer les conditions de vie des survivants d'explosifs et des communautés touchées par le conflit par une réponse adaptée à leurs besoins. Chaque projet a des ressources dédiées, avec des codes de financement différents pour l'allocation des dépenses. Certains services supports (administration, logistique, sécurité) seront mutualisés.

Au Niger, le projet d'éducation inclusive et d'insertion socioéconomique « Agir pour l'inclusion scolaire, l'insertion professionnelle et l'accès aux services de Réadaptation » est cofinancé par l'UNICEF, le Ministère des Affaires Étrangères du Luxembourg et la Norvège. Les activités sont très différentes du programme proposé à la DGD, sans risque de chevauchement. Certains services supports (administration, logistique, sécurité) seront potentiellement mutualisés. HI est

en discussion avec l'UNICEF pour le financement des activités de stimulation dans 3 CRENAS de Madarounfa dans la région de Maradi en dehors des CRENAS proposé à la DGD.

Au Burkina Faso, 3 projets sont en cours dans la région du Sahel : i) Le projet « Vers une école résiliente dans la Région du Sahel », financé par l'UNICEF est mis en œuvre depuis décembre 2017. Il a pour but la mise en place de plans de préparation et de réponse à l'urgence et un soutien psychosocial. ii) Le projet d'éducation inclusive « Accès universel à l'école et sans discrimination », financé par l'UNICEF (financement annuel renouvelable) et NORAD (depuis janvier 2018 pour une période de quatre ans) ; iii) Le projet « Renforcement durable de la résilience des communautés et des ménages vulnérables à l'insécurité alimentaire et nutritionnelle », cofinancé par l'UE, sera mis en œuvre jusqu'à fin 2019 dans une partie de la province du Yagha, et notamment dans le district sanitaire de Sebba. Ce projet comporte un volet d'activités de stimulation précoce. Le financement demandé pour l'intervention viendra en outre renforcer les actions existantes qui ne bénéficient pas de toute la gamme des activités proposées, et permettra d'étendre les actions dans une autre commune du district sanitaire de Sebba. Les instruments et les procédures de gestion financière de HI permettent de flécher facilement les dépenses pour chaque financement, sans risque de chevauchement. La mutualisation des services supports (administration, logistique, sécurité) est envisagée pour augmenter l'efficacité et l'efficience de l'action sur la même zone.

3.3 [FIN] Enumérez les autres opérations exécutées par l'Organisation humanitaire ou ses partenaires de mise en œuvre au cours de la même période dans cette zone d'intervention et décrivez comment les risques de double financement ont été évités

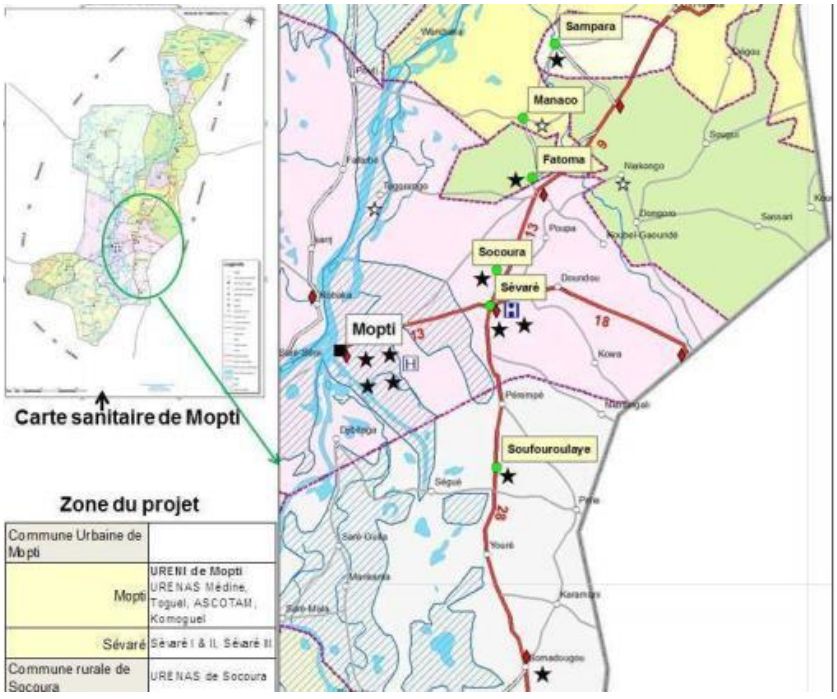
4. CADRE OPÉRATIONNEL

4.1 Localisation exacte de l'action (veuillez inclure une carte permettant de localiser le projet)

Mali : **Région de Mopti, Cercle de Mopti**

- URENI : CSRéf de Mopti et Hôpital Sominé Dolo
- URENA de Médine, Toguel, Ascotam, Komoguel, Sévéré I et II; Sévaré III, Socoura

→ **Soit 2 URENI et 7 URENA**



Niger : **Région de Maradi, département de Maradounfa**

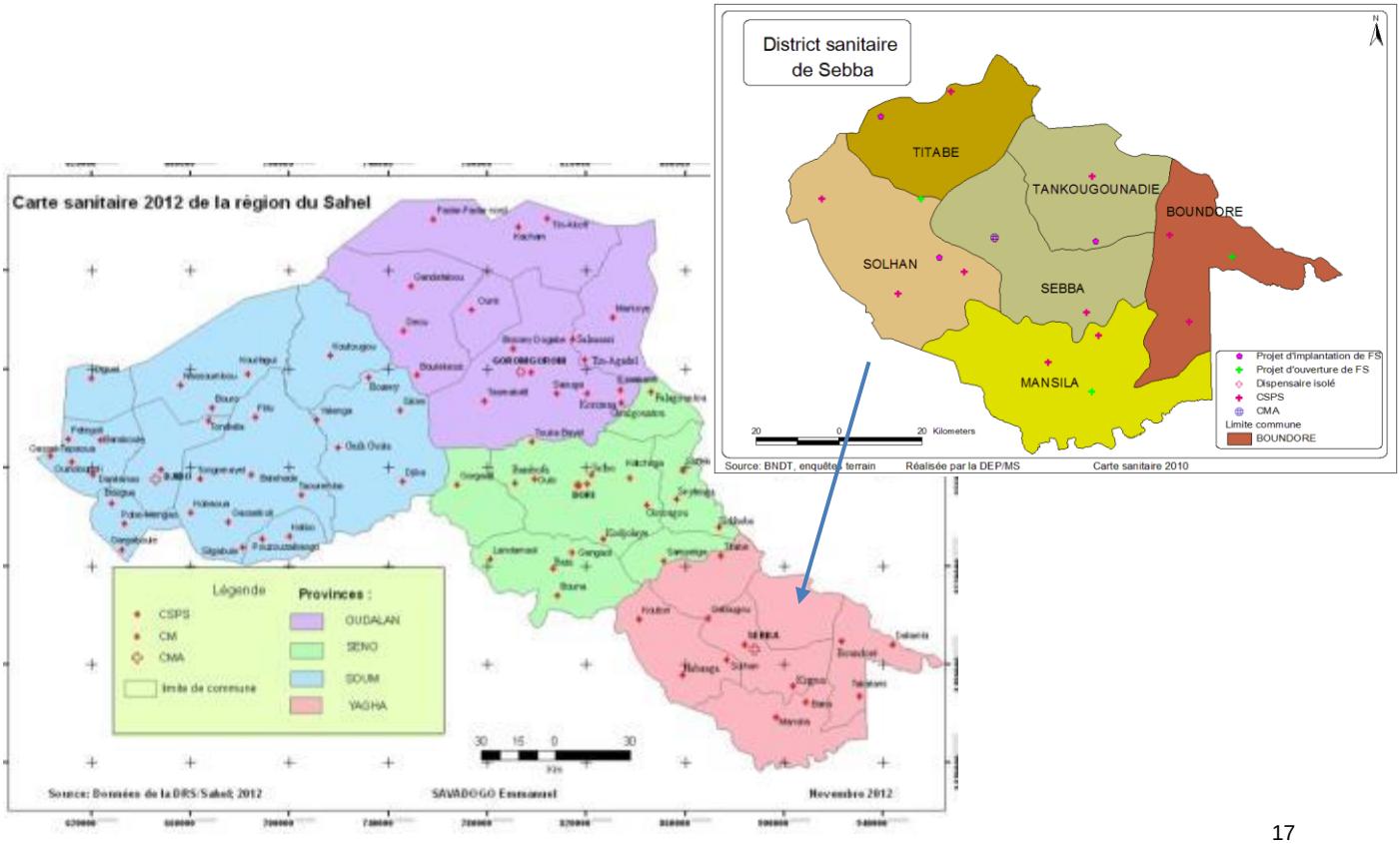
- CRENI de Maradounfa,
- CRENA de Toffa, Tchizon Kouredjé, Atchidakofto, Takalmaoua, Guidan Basso, Safo, Sarkin Yama, Moullé, Niyelwa, Maraka, tchidafawa et Maradounfa Ville.

→ **Soit un 1 CRENI et 12 CRENA**

Burkina Faso : **Région du Sahel, province de Yagha, département de Sebba,**

- PCI de Sebba
- PCA de Boundoré, Gatougou, Habanga, Higa, Kirgou, Mansila, Sambagou, Solhan, Takatami, Tiabongou, Titabe ;

→ **soit 1 PCI et 11 PCA.**



4.2 Bénéficiaires

4.2.1 Nombre total de bénéficiaires directs :

	Mali	Niger	Burkina Faso	**Total**
Enfants de moins de 5 ans malnutris aigus sévères attendus dans les services nutritionnels ciblés et qui recevront des soins de stimulation précoce	3 407	3 052	4 938	**11 397**
Dont enfants à risque élevé de séquelles invalidantes, à prendre en charge en kinésithérapie de stimulation	273	244	396	**913**
Parents ou tuteurs des enfants malnutris	6 814	6104	9 876	**22 794**
Membres de la famille élargie des enfants malnutris et autres membres de la communauté	13 627	12 208	19 752	**45 587**
Personnels de santé et des services sociaux	26	25	30	**81**
Acteurs locaux, agents et leaders communautaires	160	107	125	**392**
Acteurs et autorités régionales et nationales	15	16	100*	**131**
Total	**24322**	**21757**	**35217**	**81295**

**Le Burkina Faso compte sensibiliser et impliquer dans la démarche de nombreuses autorités au niveau national (estimées à 100).*

Concernant l'estimation des enfants MAS attendus en 2019 sur les 34 centres ciblés, le nombre d'enfants malnutris aigus sévères est basé sur les données fournies par les 3 districts sanitaires du programme, et corroboré avec les taux de prévalence des enquêtes nutritionnelles nationales.

4.2.2 Spécificités des bénéficiaires directs (veuillez préciser, si possible, en vous référant aux groupes selon le cas, p. ex.: mineurs non-accompagnés, handicapés, enfants, anciens combattants…)

Les bénéficiaires directs des soins sont les enfants de moins de 5 ans malnutris aigus sévères, et leurs parents bénéficiaires de la guidance parentale et du renforcement des aptitudes parentales. Les enfants malnutris aigus sévères avec complications sont identifiés comme présentant ou étant à risque élevé de présenter des retards du développement et des séquelles de la malnutrition. Une attention particulière est portée aux enfants en situation de handicap, et aux parents en situation de handicap. Les filles représentent 51% des bénéficiaires des soins.

Les bénéficiaires directs des actions de formation et de renforcement de capacités sont les personnels sociaux et de santé des services de nutritions (intensifs et ambulatoires), les agents et leaders communautaires, ainsi que les personnels des organisations partenaires du secteur de la nutrition dans les zones ciblées et en capitale, ainsi que les autorités sanitaires locales, régionales et nationales.

Les bénéficiaires directs des actions de sensibilisation et d'éducation communautaires sont les hommes et les femmes des communautés affectées par la crise alimentaire, qui participeront aux réunions et aux ateliers récréatifs et de stimulation avec leurs enfants. Les membres de la famille élargie (grands parents, sœurs, frères, tantes, oncles, cousins, neveux, etc.) des enfants

malnutris aigus seront directement bénéficiaires des visites à domicile et des activités récréatives et de stimulation des enfants. Les femmes représentent 65% des bénéficiaires des actions communautaires.

4.2.3 Mécanismes et critères d'identification des bénéficiaires directs

Les enfants de moins de 5 ans malnutris aigus sévères (MAS) sont identifiés au niveau des services nutritionnels avec prise en charge en interne ou en ambulatoire. La stimulation d'éveil concerne tous les enfants à partir du stade 2 de la malnutrition ou au niveau du stade de la transition. Les kinésithérapeutes évalueront les aptitudes des enfants sur une échelle de développement afin de savoir s'ils seront identifiés et inclus dans la prise en charge de kinésithérapie (en fonction du retard constaté et du risque élevé de séquelles). Les enfants au stade 1, trop faibles pour la stimulation physique (en service intensif) seront tous ciblés et, bénéficieront des soins « attentifs » et de l'amélioration de la qualité des interactions soignant-enfant et parent-enfant. Tous les enfants MAS enregistrés dans les services de nutrition en ambulatoire bénéficieront des activités de stimulation au niveau des services ambulatoires 2 fois par semaine.

Les parents ou accompagnants des enfants malnutris aigus sont identifiés au niveau des services nutritionnels lors de l'enregistrement. Les pères, rarement présents spontanément avec leur enfant aux services nutritionnels, seront rencontrés lors des visites à domicile pour recevoir les conseils d'aptitude parentale et être sensibilisés à participer aux activités de stimulation d'éveil à domicile ou dans la communauté.

Les autres membres des familles élargies (sœurs, frères, tantes, oncles, grands-parents) sont identifiés lors des activités d'animations communautaires et des activités de visites à domicile des enfants les plus vulnérables et à risque de retard du développement.

Les professionnels de santé et des services sociaux intervenant dans les services nutritionnels qui bénéficieront des formations seront identifiés avec les chefs de service en prenant compte des critères de compétences, d'assiduité, de motivation et de stabilité dans le poste.

Les acteurs communautaires seront sélectionnés à partir des membres des comités locaux de gestion des dispositifs sanitaires et des chefs des postes de santé de l'aire de santé de l'intervention. En fonction du nombre d'enfants admis en service nutritionnel, ils identifieront les leaders et agents communautaires, et les mères éducatrices, aptes et motivés pour accompagner les parents et les enfants. La sélection et l'identification des acteurs communautaires seront accompagnées d'une communication sur les mécanismes mis en place autour de l'intervention. Chaque personne fera alors des choix libres et éclairés pour participer aux activités proposées.

Les acteurs institutionnels, au niveau régional et national, sont les autorités en charge de la santé, de la nutrition, de la petite enfance, de l'action sociale, les représentants des associations professionnelles des kinésithérapeutes, et les organisations engagées dans la lutte contre la malnutrition, pour la plupart membres des clusters nutrition.

4.2.4 Décrivez l'ampleur et les modalités d'implication des bénéficiaires directs dans la conception de l'action

Dans chacun des 3 districts sanitaires ciblés, les différents acteurs étatiques et de la société civile ont été impliqués au niveau des consultations initiales, de la collecte des données et de la validation des activités proposées. Les autorités et partenaires avaient participé à l'évaluation finale du programme ESSPOIR sont bien informés des activités et des difficultés rencontrées dans le précédent programme. Le ciblage des services nutritionnels à renforcer a été réalisé avec la Direction Régionale de la Santé Publique et les responsables des districts sanitaires concernés.

Au niveau communautaire un premier processus de consultation et de mobilisation a été conduit avec les services techniques de l'Etat (santé, développement social, promotion de la femme, enseignement préscolaire) pour déterminer le choix des villages dans les aires de santé et les probables lieux d'animations communautaires. L'avis des parents a été recueilli lors de l'évaluation finale du programme ESSPOIR. Il confirme la pertinence du modèle proposé et valide la décision d'organiser des visites de suivi et de soutien à domicile.

4.2.5 Autres bénéficiaires potentiels (indirects, "catchment", etc.)

Les bénéficiaires indirects sont les populations vivant dans les communautés ciblées par l'intervention. A travers la lutte contre la malnutrition et la prévention des séquelles, ces communautés deviennent plus résilientes et limitent le « coût de la faim ».

	Mali	Niger	Burkina Faso	**Total**
Population totale des districts sanitaires ciblés par le programme	222 705	280 453	235 467	**638 725**

4.2.6 Bénéficiaires directs par secteur (se référer aux "lignes directrices d'ECHO, Annexe I", pp26 à 29: http://ec.europa.eu/echo/about/actors/fpa_fr.htm)

Secteur	Nombre de bénéficiaires au Mali	Nombre de bénéficiaires au Niger	Nombre de bénéficiaires au Burkina Faso	**Nombre de bénéficiaires au total**
Santé nutrition	19 498	19 860	17 538	**56 896**

4.2.7 [INT] En cas de changement, veuillez expliquer

4.2.8 [FIN] En cas de changement, veuillez expliquer

4.2.9 [FIN] Estimation par type de bénéficiaires

Femmes:		… %,		Hommes:	… % (total femmes + hommes = 100 %)
Nourrissons (< 5 ans):	… %,	Enfants (< 18 ans):	… %,	Personnes âgées:	… %

4.3 Objectifs, résultats et activités

4.3.1 Aperçu opérationnel de l'action: cadre logique[13] (maximum 3 pages)

Titre de l'action	PASSEPORT pour grandir : Programme d'Amélioration au Sahel des activités de Stimulation et de kinésithérapie d'éveil auprès des Enfants malnutris par une Prise en charge Optimale pour une Récupération à long Terme …pour grandir			
Objectif principal	Prévenir et limiter les complications et les séquelles invalidantes de la malnutrition des enfants de moins de 5 ans souffrant de malnutrition aiguë sévère au Mali, au Burkina Faso et au Niger			
	Logique d'intervention	**Indicateurs objectivement vérifiables**	**Sources de vérification**	**Risques et hypothèses**
Objectif spécifique	Accélérer le rétablissement des enfants de moins de 5 ans malnutris aigus sévères grâce à la stimulation d'éveil durant la récupération nutritionnelle, dans 30 aires de santé des régions du Sahel au Burkina Faso, de Mopti au Mali et de Maradi au Niger affectées par les crises alimentaires	- D'ici la fin du programme, au moins 11 397 enfants malnutris aigus sévères ont bénéficié d'activités de stimulation dans le cadre du traitement de la malnutrition - Au moins 80% des 913 enfants malnutris avec un risque élevé de séquelles, pris en charge en kinésithérapie, ont amélioré leur score du développement entre le bilan d'entrée et le bilan effectué à la sortie. - Les activités de stimulation d'au moins 70% des aires de santé ciblées font l'objet de supervisions par le ministère de la santé	Fiches d'activités mensuelles des services et rapports d'activités communautaires compilés dans la base de données du programme Score de développement des enfants sur application mobile Rapports de supervision des Directions Régionales de la Santé/Nutrition	Les services nutritionnels ciblés continuent à recevoir le soutien des partenaires techniques et financiers pour fonctionner normalement.
Résultats	**R1.** Les enfants malnutris aigus bénéficient de stimulation précoce et de soins de kinésithérapie déployés dans 34 services nutritionnels des régions ciblées	- 100% des 34 services nutritionnels ciblés disposent d'un espace de stimulation fonctionnel et de personnels formés à la stimulation - Au moins 85% des enfants malnutris aigus sévères admis dans les services nutritionnels ciblés ont reçu des soins de stimulation adaptés à leurs besoins	Rapports de suivi d'activités du programme, test d'évaluation des personnels post formation Fiches individuelles de suivi des enfants lors des séances de stimulation précoce Rapports mensuels	Les ruptures de stock d'intrants alimentaires sont limitées et ne freinent pas la fréquentation des services nutritionnels. La mobilité des personnels socio-sanitaires connait un rythme qui permet la

[13] Ce tableau doit donner un aperçu général complet des différents éléments de l'action. Il contiendra seulement des informations concises sur les résultats et les activités. Tout changement apporté au cadre logique au stade du rapport intermédiaire ou du rapport final sera communiqué.

		- Au moins 95% des accompagnants des enfants admis au sein des services nutritionnels sont impliqués dans les activités de stimulation d'éveil.	d'activités des espaces de stimulation sur la base des fiches journalières d'activités	formation des nouveaux arrivants et le transfert des compétences
	R2. Les agents communautaires et les parents d'enfants malnutris aigus sévères assurent la continuité des soins et des activités d'éveil des enfants au domicile et dans la communauté	- Au moins 150 agents communautaires de santé et de la petite enfance ont intégré la stimulation précoce dans leurs actions de sensibilisation et de guidance familiale - Les initiatives communautaires ont mobilisé au moins 68 381 parents et membres de la famille élargie des enfants malnutris aigus sévères à la continuité de la pratique de la stimulation dans la communauté - Au moins 600 familles ayant reçu un suivi et des conseils personnalisés à leur domicile pratiquent la stimulation d'éveil au quotidien	Plans d'actions mensuels des agents / organisations communautaires Base de données du programme compilant les rapports d'activités communautaires Fiches familiales de suivi à domicile et rapports des visites de supervision	La survenue d'épidémie ou autres crises locales n'entravent pas la disponibilité et les mouvements des agents/organisations communautaires. Les mouvements de population sont limités permettant aux acteurs institutionnels et locaux de suivre les activités du programme.
	R3. La stimulation d'éveil et la kinésithérapie sont davantage intégrées dans les activités et les plans d'action des acteurs de la nutrition pour favoriser leur mise à l'échelle	- Une feuille de route sur le déploiement de la stimulation précoce est définie pour les régions où la prévalence de la malnutrition est élevée - Les activités de supervision de la stimulation précoce sont inscrites dans les plans d'action des districts sanitaires où les activités de stimulation ont été déployées - Dans chacun des trois pays cibles, au moins 3 acteurs institutionnels et de la société civile ont formulé une initiative pour contribuer au déploiement de la stimulation précoce.	Propositions d'actions présentées aux espaces de coordination Plans d'action des districts sanitaires ; Relevé de décisions des directions nationales et régionales Communications des acteurs institutionnels sur leurs intentions à moyen terme	Les acteurs de la nutrition mobilisent des ressources pour intégrer la stimulation précoce dans leurs futures actions/pratiques. La kinésithérapie est reconnue par les acteurs comme un apport important au protocole de soin de la malnutrition.
Activités	**R1.** 1. Formation à la kinésithérapie de stimulation et à la prise en charge des cas sévères pour les kinésithérapeutes intervenant sur le programme et dans les actions de formation 2. Mobilisation et formation des professionnels de santé des services nutritionnels et des agents sociaux à la mise en application de la stimulation d'éveil 3. Organisation de séances collectives de stimulation d'éveil et de jeu pour les enfants malnutris aigus sévères, avec l'implication des parents ou accompagnants sur la base du protocole et des outils			L'engagement et la disponibilité des responsables locaux permettent de valider

	développés par HI 4. Déploiement des soins de kinésithérapie en séance individuelle pour les enfants malnutris aigus sévères à risque élevé de séquelles invalidantes 5. Étude anthropologique sur la relation parents /enfant /soignant au sein des services nutritionnels de façon à améliorer et adapter le protocole de soin. **R2.** 1. Adaptation des coffrets d'appui à la stimulation précoce « blue box » et « toy box » au contexte sahélien et mise à disposition des coffrets aux agents communautaires 2. Mobilisation et renforcement des capacités des acteurs communautaires au référencement, à la pratique de la stimulation précoce et au suivi des soins des enfants malnutris aigus dans les communautés 3. Programmes de sensibilisation et d'animations communautaires sur la prise en charge des enfants malnutris, l'importance du jeu et de la relation parents-enfants 4. Organisation de visites à domicile pour le suivi des enfants malnutris aigus sévères à risque élevé de séquelles invalidantes, le renforcement des capacités familiales et le soutien à l'intégration de la stimulation d'éveil pendant les activités de la vie quotidienne **R3.** 1. Sensibilisation des acteurs de la nutrition et contribution aux coordinations (clusters) ou forums existants pour inscrire le déploiement de la stimulation d'éveil dans les plans de lutte contre la malnutrition 2. Appui aux directions nationales et régionales de la santé pour opérationnaliser la mise en place des activités de stimulation et leur supervision au sein des services nutritionnels 3. Soutien aux associations professionnelles de kinésithérapie dans leurs actions de plaidoyer auprès des pouvoirs publics et des écoles de kinésithérapie sur la mise en œuvre de la kinésithérapie de stimulation. 4. Atelier régional de valorisation des acquis et d'échanges d'expériences entre les 3 pays, avec les représentants des Ministères de la Santé, de l'OMS, de l'UNICEF et des acteurs de terrain sur le déploiement de la stimulation d'éveil et la kinésithérapie dans les services nutritionnels.	rapidement les modalités d'intervention dans les communautés. Les familles en difficulté acceptent de consacrer du temps pour recevoir les visites à domicile. Les coordinations inscrivent le déploiement de la stimulation parmi les priorités des agendas des rencontres. Les acteurs institutionnels restent suffisamment disponibles pour participer aux séances de travail proposées.
		Conditions préalables Le contexte sécuritaire permet aux équipes programme et aux partenaires de se rendre sur le terrain et d'y effectuer leur travail

4.3.2 Informations plus détaillées par résultat[14]

4.3.2.1 Résultat 1 : Les enfants malnutris aigus bénéficient de stimulation précoce et de soins de kinésithérapie déployés dans 35 services nutritionnels des régions ciblées

4.3.2.1.1 Au stade de la proposition

- **Secteur** : Santé
  Sous-secteur associé : Nutrition

- **Bénéficiaires (statut + nombre) :**

- Les enfants de moins de 5 ans souffrant de Malnutrition Aiguë Sévères estimés à 11 397 sur les sites d'intervention, et leurs parents (ou tuteurs), estimés à 22 794 ;
- Les personnels de santé et des services sociaux intervenant dans les services nutritionnels, estimés à 81 personnes.

- **Indicateurs pour ce résultat :**

- D'ici la fin du programme, 100% des 34 services nutritionnels ciblés disposent d'un espace de stimulation fonctionnel et de personnels formés à la stimulation
- Au moins 85% des enfants malnutris aigus sévères admis dans les services nutritionnels ciblés ont reçu des soins de stimulation adaptés à leurs besoins
- Au moins 95% des accompagnants des enfants admis au sein des services nutritionnels sont impliqués dans les activités de stimulation d'éveil.

- **Baseline** : 1 service nutritionnel sur les 34 visés (2%) dispose d'un espace stimulation (qui reste à consolider) avec deux personnes déjà formées. Le % d'enfants malnutris aigus sévères recevant des soins de stimulation dans ce service et le % de parents impliqués sera vérifié en début de programme et ajouté à la Baseline.

- **Activités associées au résultat :**

1. **Formation à la kinésithérapie de stimulation et à la prise en charge des cas sévères pour les kinésithérapeutes intervenant sur le programme et dans les actions de formation**

La session de formation renforcera les compétences techniques de 6 kinésithérapeutes du Mali, du Niger, du Burkina Faso sur la kinésithérapie d'éveil. Trois kinésithérapeutes, recrutés par HI, interviendront dans les services nutritionnels ciblés sur toute la durée programme. Trois autres kinésithérapeutes proviendront des associations nationales de kinésithérapeutes en tant que personnes ressources appelées à collaborer aux formations et activités de sensibilisation de la stimulation d'éveil.

La formation à la kinésithérapie de stimulation utilisera la méthodologie de formation de formateurs pour assurer la pérennité des activités sur le terrain. Un manuel sur la formation de formateurs adressé aux kinésithérapeutes sur l'approche de kinésithérapie de stimulation est disponible.

Le contenu de la formation portera sur : i) la réalisation des bilans des enfants identifiés pour la kinésithérapie en utilisant une échelle de mesure du développement sur une application mobile créée par HI ; ii) l'application des protocoles et techniques de réadaptation comme, par exemple,

[14] Par résultat identifié dans le cadre logique, des informations plus détaillées nécessaires à la bonne compréhension de la proposition/du rapport seront assemblées ici. Une sous-section spécifique par résultat au stade de la proposition, du rapport intermédiaire et du rapport final a été prévue (veuillez ne pas mettre à jour l'information d'un stade précédent dans cette section, veuillez commenter le changement dans la sous-section appropriée du résultat).

la stimulation des chaînes neuromusculaires ; iii) l'établissement du plan de réadaptation individualisé avec l'implication des parents de l'enfant ; iv) le traitement des cas sévères et atypiques.

Cette formation, avec des séances théoriques et pratiques, sera dispensée sur 5 jours (au Niger) par un expert en rééducation de HI en collaboration avec un kinésithérapeute formateur de l'école de kinésithérapie de Niamey pour favoriser le transfert de compétence.

Les kinésithérapeutes qui seront formés à la kinésithérapie de stimulation pour assurer les séances individuelles seront aussi en charge du suivi des activités de stimulation d'éveil en séances de groupe dans les services nutritionnels.

2. Mobilisation et formation des professionnels de santé des services nutritionnels et des agents sociaux à la mise en application de la stimulation d'éveil

Il s'agit d'assurer l'intégration durable des activités de stimulation dans le protocole de soin des 34 services nutritionnels ciblés. Au moins deux personnes de chaque service nutritionnel doivent être en maitrise de la stimulation des enfants malnutris aigus et du soutien à une relation adulte-enfant de qualité. Cela nécessite de poser un cadre d'intervention pour chaque service en mobilisant les parties prenantes, puis d'assurer un transfert de compétences en prenant en compte la mobilité du personnel. La méthode comprend plusieurs étapes :

a) L'organisation avec la direction régionale de la santé et le responsable du district sanitaire d'une réunion de sensibilisation et de planification pour inclure la stimulation dans les activités de routine des services. Les associations de santé communautaires et les comités de gestion des services sanitaires et nutritionnels seront associés pour assurer un ancrage communautaire et l'implication des leaders locaux.

b) La sensibilisation des médecins référents des services nutritionnels internes sur la kinésithérapie pédiatrique et sur le diagnostic du retard moteur. Il est important que les médecins comprennent le rôle de la kinésithérapie pédiatrique pour pouvoir prescrire les séances de kinésithérapie.

c) La formation de formateurs à la stimulation d'éveil et à une relation adulte-enfant de qualité. Un pool de 4 formateurs par pays sera constitué pour assurer les formations et supervision des personnels des services nutritionnels, pendant et après le programme. Les personnes à former ont été identifiées pour leur implication dans les précédentes actions dans la région. Cette formation de 5 jours sera dispensée à Bamako par un expert technique de HI et avec la participation de plusieurs experts de la thématique (petite enfance, pédiatre, kinésithérapeute, nutritionniste…) travaillant de longue date avec HI au Mali. Elle portera sur les différents modules à aborder avec les personnels des services nutritionnels, les techniques d'animation et de supervision ainsi que l'utilisation des différents outils développés par HI.

d) La formation initiale des professionnels de santé et des agents sociaux des 34 services nutritionnels ciblés à la stimulation d'éveil, à l'utilisation du jeu et à une relation adulte-enfant de qualité. Les personnes à former seront sélectionnées pour leur implication, leur stabilité dans le poste et leur capacité à transmettre leur savoir. Les formations visent 25 à 30 personnes par district sanitaire, à raison de 2 à 3 personnes par services nutritionnels selon leur taille et 2 à 4 personnes à la direction du district. Les formations comprendront 2 jours de théorie et 3 jours de pratiques sur la base d'un curriculum développé et testé lors du programme ESSPOIR. La formation doit permettre de : i) maîtriser les différents stades du développement de l'enfant ; ii) maîtriser l'identification des retards du développement de l'enfant (pratique d'évaluation et de détection précoce des retards de développement) ; iii) acquérir des techniques simples de stimulation cognitives, psychomotrice et psycho-affective des enfants malnutris ; iv) mettre en pratique des exercices de stimulation précoce avec le matériel adéquat ; v) être capable de confectionner des jeux/jouets avec des matériaux locaux et de récupération ; vi) développer une relation soignant/enfant de qualité ; vii) soutenir et stimuler une relation parent/enfant de qualité ; viii) former et soutenir des « mères éducatrices » identifiées

parmi les mères/tutrices des enfants. Une formation de recyclage est prévue après un an pour conforter les personnels dans leur pratique et former les personnes nouvellement recrutées.

e) Des supervisions formatives organisées conjointement avec HI, un formateur du pool précédemment constitué et un personnel technique des districts sanitaires ciblés, à un rythme trimestriel. Le but est d'assurer la qualité de la prise en charge des enfants malnutris aigus sévères en guidant et en améliorant les pratiques des agents formés.

f) La création de visuels rappelant les activités de routine des agents de santé quant à la stimulation d'éveil et à l'importance du jeu, à afficher dans les services

3. Organisation de séances collectives de stimulation d'éveil et de jeu pour les enfants malnutris aigus sévères, avec l'implication des parents ou accompagnants sur la base du protocole et des outils développés par HI

Ces séances sont organisées au sein des services nutritionnels de la façon suivante :

a) Création d'espaces de stimulation dans chaque service nutritionnel ciblé. Il peut s'agir de la rénovation d'un espace existant ou l'aménagement d'une structure légère, ainsi que d'une dotation en équipement (kits de jeux, tapis d'éveil, nattes, coussins, kits d'hygiène). Les unités d'hospitalisation seront également agrémentées de visuels de façon à créer un environnement stimulant pour les enfants ne pouvant pas se déplacer dans les espaces de stimulation. La gestion des espaces, l'inventaire du matériel et le maintien de l'hygiène des jouets sont confiées aux comités de gestion des structures sanitaires.

b) Sessions préalables de sensibilisation des parents sur les effets de la malnutrition, les moyens de prévention, l'importance et la pratique de la stimulation et du jeu et l'importance de la relation parent-enfant. Plusieurs supports ont été élaborés afin d'aider les agents à mener à bien ces séances de sensibilisation de façon interactive : boites à image, fiches-conseil et posters sur les étapes de développement de l'enfant. Ces kits seront reproduits et mis à disposition dans chaque service nutritionnel.

c) Sessions collectives de stimulation des enfants malnutris aigus sévères. Des petits groupes de parents (ou accompagnants) et d'enfants sont reçus dans les espaces de stimulation. Les parents sont formés à des jeux et des gestes et exercices simples à reproduire à domicile. Ces activités ludiques visent à responsabiliser les parents de l'enfant vis à vis de sa stimulation et à entretenir ou établir une relation parent-enfant de qualité. Les agents socio-sanitaires utiliseront des coffrets développés et fournis par HI (la Blue Box et la Toy Box - voir l'activité 1 du résultat 2 ci-après) pour adapter les exercices de stimulation selon les besoins de l'enfant et pour fabriquer des jouets à partir de matériaux recyclés.

d) Implication de « mères éducatrices » et des agents communautaires pour suppléer les professionnels de santé pendant les séances de stimulation collectives. Ces mères éducatrices sont identifiées parmi les parents fréquentant les centres selon leur motivation et aptitude à conseiller les autres mères en utilisant leur propre langage. Ces mères recevront une formation pratique en même temps que les agents communautaires de l'aire de santé. Ces derniers pourront alors intervenir dans les activités communautaires en dehors des services nutritionnels.

4. Déploiement des soins de kinésithérapie en séance individuelle pour les enfants malnutris aigus sévères avec un risque élevé de séquelles invalidantes

Les enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère et ayant été identifiés avec retard du développement sont pris en charge par les kinésithérapeutes (formés précédemment – activité 1.1) dans les services nutritionnels en séance individuelle. Des salles de prise charge en kinésithérapie sont aménagées et équipées avec du matériel adéquat.

Les kinésithérapeutes évaluent les capacités psychomotrices des enfants à l'aide d'une échelle de développement sur une application mobile Le score sur l'échelle de développement permet de calculer l'âge de développement de l'enfant par rapport à son âge réel et de déterminer si l'enfant a amélioré son score à la fin des séances. Le calcul de l'âge de développement de l'enfant permet aux kinésithérapeutes de définir des objectifs de prise en charge. Divers domaines seront évalués : les capacités motrices (globale et fine), l'apprentissage du langage, le développement des capacités cognitives et intellectuelles et le développement social et émotionnel. Ce bilan sur le développement sera un critère pour décider si l'enfant a besoin d'une prise en charge spécialisée ou pas.

Les enfants reçoivent en moyenne 5 séances de kinésithérapie sur une période de 5 semaines maximum, en fonction des retards détectés.

Un accent particulier est mis sur la guidance parentale pour une poursuite des activités de stimulation à domicile. En effet, l'engagement des parents sera activement recherché dans la prise en charge par la kinésithérapie de stimulation. Un entretien avec le parent présent permet de demander ses attentes, l'amener à parler de ses inquiétudes si besoin tout en le faisant participer aux séances et lui expliquant le rôle qu'il aura à jouer dans cette prise en charge.

Une fois que l'enfant MAS a reçu ces séances de traitement de kinésithérapie, il peut rejoindre les séances de stimulation précoce en groupe au sein du service nutritionnel en ambulatoire.

5. Etude anthropologique sur la relation parents /enfant /soignant au sein des services nutritionnels de façon à améliorer et adapter le protocole de soin

Le protocole de prise en charge de la malnutrition sollicite les parents de l'enfant malnutri comme acteurs actifs, participatifs des séances thérapeutiques. Leur adhésion au traitement et à la réalisation des gestes est un facteur déterminant de la prise en charge de l'enfant, à court terme dans les services nutritionnels lors des séances mais également à moyen terme pour la continuité des soins lors du retour dans la famille.

Une recherche anthropologique explorera la dynamique relationnelle dans la triade enfant/parent/soignant pour déterminer les enjeux de la relation et les postures à adopter pour améliorer la qualité des interactions et ainsi concourir à une meilleure prise en charge de l'enfant malnutri. Cette recherche sera basée sur des approches qualitatives avec trois techniques mobilisées: i) l'observation structurée de séances de soins, ii) des entretiens individuels et iii) des entretiens collectifs auprès d'informateurs clés (sélection raisonnée de professionnels de santé et parents). La recherche collectera des données relatives aux parcours thérapeutique, enjeux de la relation soignant/soigné(s), ou postures de chacun face aux soins. Les séquences observées et les discours seront transformés en données écrites et feront l'objet d'une analyse poussée.

Il s'agit de répondre à ces problématiques : i) Comment les représentations/ les croyances de celui qui soigne et celui qui accompagne influent sur la dynamique relationnelles et l'adhésion des acteurs dans le traitement (motivation tant du soignant que des parents) ? ii) Quels sont les besoins exprimés/ perçus par les acteurs impliqués dans cette triade ? Comment ces besoins influent/ jouent sur les relations entre les acteurs ? Se répondent-ils, s'entrechoquent-ils ou se complètent-ils ? Quelles est la prise en compte des besoins de chacun ? iii) Quelle est la place accordée aux parents par le soignant dans la prise en charge de l'enfant ? iv) Comment les relations se régulent-elles dans la triade ? v) Comment la relation entre les parents et l'enfant évolue-t-elle au cours du traitement et intègre la dimension de soin dans des gestes quotidiens ?

La recherche sera menée dans la région de Maradi au Niger par le Laboratoire d'Études et de Recherche sur les Dynamiques Sociales et le Développement Local (LASDEL), laboratoire regroupant actuellement 26 chercheurs africains, partenaire local de HI depuis 2 ans au Niger. La recherche sera fondée sur l'observation et les entretiens auprès de 25 triades enfant/parent/soignant. Les conclusions de l'étude seront partagées avec les partenaires dans les trois pays de façon à adapter les futurs plans d'action, et lors du séminaire de capitalisation (voir activité 3.5). La perspective est de cibler les actions à entreprendre pour, progressivement, atteindre une relation plus responsable entre la mère (ou substitut parental) et le soignant

(kinésithérapeute), pour une participation conjointe dans la guérison de l'enfant, et ainsi obtenir des éléments clés pour optimiser les interventions et une pérennisation des bénéfices de la prise en charge kiné-thérapeutique.

4.3.2.1.2 Rapport intermédiaire

- **Mise à jour[15] des indicateurs**
- **Mise à jour[4] des bénéficiaires (statut + nombre)**
- **Mise à jour[4] des activités**

4.3.2.1.3 Rapport final

- **Indicateurs pour les résultats obtenus**
- **Bénéficiaires (statut + nombre)**
- **Activités réalisées**
- **Moyens et coûts associés finalement engagés**

4.3.2.2 Résultat 2 : Les agents communautaires et les parents d'enfants malnutris aigus assurent la continuité des soins et des activités d'éveil des enfants au domicile et dans la communauté

4.3.2.2.1 Au stade de la proposition

- **Secteur** : Santé
  Sous-secteur associé : Nutrition
- **Bénéficiaires (statut + nombre) :**

- Les enfants de moins de 5 ans souffrant de Malnutrition Aiguë Sévère participants aux activités communautaires, estimés à 11 397 et leurs parents (ou tuteurs), estimés à 22 794 ; dont 600 enfants suivis à domicile et leurs parents (ou tuteurs), estimés à 1200.
- Les autres membres de la famille élargie des enfants de moins de 5 ans souffrant de Malnutrition Aiguë Sévères et autres membres des communautés ciblés, estimés à 45 587 personnes
- Les agents communautaires, leaders communautaires et mères éducatrices, estimés à 392 personnes.

- **Indicateurs pour ce résultat :**

- Au moins 150 agents communautaires et mère éducatrices ont intégré la stimulation précoce dans leurs actions de sensibilisation et de guidance familiale
- Les initiatives communautaires ont mobilisé au moins 45 587 parents et membres de la famille élargie des enfants malnutris aigus sévères à la continuité de la pratique de la stimulation dans la communauté
- Au moins 600 familles ayant reçu un suivi et des conseils personnalisés à leur domicile pratiquent la stimulation d'éveil au quotidien.

- **Baseline** : Aucune communauté ciblée n'est impliquée sur la stimulation précoce.

[15] La mise à jour et les explications doivent porter tant sur les progrès que sur les changements faits par rapport à la proposition.

- **Activités associées au résultat :**

1. **Adaptation des coffrets d'appui à la stimulation précoce « blue box » et « toy box » au contexte sahélien et mise à disposition des coffrets aux agents communautaires**

La **« blue box »** est un outil développé par HI pour soutenir les interventions de développement de la petite enfance auprès des enfants de 0 à 3 ans. Elle vise à promouvoir la stimulation des enfants présentant un risque d'acquérir une déficience à cause d'un retard de développement lié à la malnutrition. L'application de cet outil est centrée sur la famille et basée sur le jeu. Son application est réalisée au niveau communautaire dans l'environnement naturel de l'enfant.

La blue box est un coffret qui comprend : i) un cahier de développement pour observer et enregistrer les changements sur les stades de développement de l'enfant (langage, motricité globale, motricité fine, cognitif) ; ii) 80 cartes d'activités recto-verso, avec des dessins et des explications pratiques ; et iii) un manuel d'indications sur le développement de l'enfant.

Complémentaire de la Blue Box, la **« toy box »** est un outil développé pour favoriser l'utilisation du jeu dans le développement de l'enfant et la relation parent-enfant. Il s'agit d'un coffret qui contient un guide pratique sur la fabrication de jouets locaux, des recommandations sur l'utilisation des jouets en fonction de l'âge de développement de l'enfant et des consignes simples de sécurité. Il est possible d'y ajouter du petit matériel pour la confection des jouets.

Ces deux outils présentent beaucoup d'images qu'il s'agit d'adapter au contexte culturel du Sahel ; les matériaux et jouets proposés doivent également être adaptés aux ressources localement disponibles, essentiellement des matériaux recyclés. L'analyse des changements à opérer sera réalisée avec l'appui de groupes de discussion dans deux villages ciblés du programme. Les nouvelles versions seront de nouveau testées sur au moins deux groupes dans deux zones différentes. Les coffrets finalisés seront alors reproduits avec des matériaux résistants et mis à disposition à l'ensemble des agents communautaires et des agents des services nutritionnels.

2. **Mobilisation et renforcement des capacités des acteurs communautaires au référencement, à la pratique de la stimulation précoce et au suivi des soins des enfants malnutris aigus dans les communautés**

Il s'agit de consolider et de compléter le réseau d'agents communautaires et d'organisations à base communautaire déjà actifs et formés pour la plupart à la prévention de la malnutrition et à la santé maternelle et infantile dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie ANJE[16] de l'UNICEF ou d'autres initiatives. La présence des acteurs communautaires a été cartographiée par les directions régionales de la santé et de la nutrition. Le système communautaire et les capacités étant différents dans chaque district sanitaire ciblé, des ateliers de réflexion et de programmation participative seront organisés pour définir les modalités d'intervention et de suivi et de renforcement des programmes existants.

Les agents communautaires et mère éducatrices (50 pour chaque pays), identifiés pour leur disponibilité avec l'aide des différents acteurs et les leaders communautaires, recevront une formation pratique sur les activités à mettre en œuvre au niveau des communautés et des familles. La formation de 4 jours comprendra les techniques de stimulation précoce, la fabrication de jeux locaux, le positionnement des enfants avec un retard du développement (approche Hambisela[17] développée en Afrique du Sud) et les modalités de suivi et de référencement des enfants malnutris aigus sévères. Des modules sur le développement de l'enfant et la malnutrition seront ajustés en fonction des connaissances déjà acquises ou à renforcer. Les agents communautaires et les mères éducatrices seront formés à utiliser les différents supports de sensibilisation interactive et les outils mis à disposition par HI : boites à image, fiches-conseil, posters sur les étapes du développement de l'enfant, Blue Box et Toy Box.

[16] ANJE : Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
[17] Méthode Hambisela : Un moyen d'apprentissage des techniques de base de la réadaptation pour les facilitateurs, les parents, les soignants en direction des enfants atteints de paralysie cérébrale

3. Programmes de sensibilisation et d'animations communautaires sur la prise en charge des enfants malnutris, l'importance du jeu et de la relation parents-enfants

Chaque district définira un programme de sensibilisation et d'animations communautaires en concertation avec l'ensemble des acteurs. La mise en œuvre pourra être réalisée en partenariat avec des organisations à base communautaire déjà présentes dans les villages ciblés. Les thèmes des sensibilisations porteront sur l'importance du jeu, la stimulation d'éveil, le développement du jeune enfant, l'hygiène, les moyens de prévention de la malnutrition et la démystification des croyances locales stigmatisantes. Les sensibilisations prendront des formes diverses en fonction des capacités et préférences locales : des réunions publiques, des théâtre-forums ou autres évènements festifs. Les messages de sensibilisation seront relayés par des spots sur les radios locales et sur chaines télévisées nationales.

Des ateliers de fabrication locale de jouets et des activités récréatives autour du jeu permettront la démonstration d'exercices de stimulation physique, cognitive et sensorielle des jeunes enfants souffrant de malnutrition. Appelés « foyers communautaires », ces ateliers sont des cadres de partage d'information, d'échanges de pratique, de rencontres, et de soutien entre parents et autres membres de la famille élargie. Ils sont animés par les agents communautaires et les mères éducatrices, selon un calendrier d'activités mensuel, dans des lieux identifiés en collaboration avec les acteurs communautaires. Ces espaces communautaires pourront être aménagés pour accueillir les activités de stimulation et de renforcement de capacités sur le moyen ou long terme. Les séances de fabrication de jouets locaux aident les populations à comprendre que ce ne sont pas seulement les jouets industriels qui sont utiles pour la stimulation des enfants mais aussi, des jouets qu'ils peuvent eux-mêmes fabriquer et s'approprier facilement.

Enfin, des animations cibleront spécifiquement les hommes, peu mobilisés dans les activités de la petite enfance, avec l'organisation de groupes de discussion (mise en place de foyers communautaires Hommes) et de concours de confection de jouets locaux. Vu la réussite des séances de sensibilisation et apprentissage des mères dans le programme ESSPOIR et leur niveau de motivation et engagement sur la fabrication des jouets à partir des produits locaux, les hommes seront aussi invités à travers les groupes de discussion à participer à des activités de fabrication de jouet. Cette participation permettra sans aucun doute de mieux les impliquer dans les activités de développement de la petite enfance.

4. Organisation de visites à domicile pour le suivi des enfants malnutris aigus sévères avec un risque élevé de séquelles invalidantes, le renforcement des capacités familiales et le soutien à l'intégration de la stimulation d'éveil pendant les activités de la vie quotidienne

Pendant et après la fin du traitement de récupération nutritionnelle de l'enfant, il est essentiel de poursuivre la stimulation dans la communauté afin d'éviter une rechute et lui assurer un développement physique, mental, affectif continu. Les parents sont les garants de la poursuite des activités de stimulation à domicile. Les familles des enfants malnutris aigus sévères présentant des complications et des risques de séquelles invalidantes, ainsi que les familles avec des personnes handicapées ou en situation de vulnérabilité, bénéficieront d'un accompagnement rapproché à leur domicile :

- Elles recevront la visite des agents communautaires et mère éducatrices qui les encourageront à continuer les exercices de stimulation à domicile et à utiliser le jeu. Les pères seront spécialement ciblés lors de la visite. Un set d'images tirées de la Blue Box sera utilisé pour fixer les objectifs d'une visite à l'autre, en moyenne deux fois par mois. Ces visites à domicile porteront une attention à développer la relation père-enfant en aidant le père à assimiler les notions de stimulation et être en capacité de « jouer et interagir avec son enfant ». Une fiche individuelle est utilisée pour chaque enfant afin de suivre son évolution. Elle comporte l'identification de l'enfant et de ses parents, les activités réalisées, les jouets utilisés, le niveau de progression et la date du prochain rendez-vous.

- Elles recevront au moins trois visites des professionnels de santé et des services sociaux qui leur prodigueront des conseils personnalisés sur comment intégrer les exercices de stimulation dans la vie quotidienne et adapter simplement l'environnement de la maison pour favoriser les interactions parents-enfants. Ces visites sont également conçues comme des temps de supervision et de renforcement de capacités des agents communautaires.

4.3.2.2.2 Rapport intermédiaire

- **Mise à jour[4] des indicateurs**
- **Mise à jour[4] des bénéficiaires (statut + nombre)**
- **Mise à jour[4] des activités**

4.3.2.2.3 Rapport final

- **Indicateurs pour les résultats obtenus**
- **Bénéficiaires (statut + nombre)**
- **Activités réalisées**

4.3.2.3 Résultat 3 : La stimulation d'éveil et la kinésithérapie sont davantage intégrées dans les activités et les plans d'action des acteurs de la nutrition pour favoriser leur mise à l'échelle

4.3.2.3.1 Au stade de la proposition

- **Secteur** : Santé
  Sous-secteur associé : Nutrition
- **Bénéficiaires (statut + nombre) :**

- Les acteurs institutionnels régionaux et nationaux et leurs partenaires de la société civile estimés à 131 personnes

- **Indicateurs pour ce résultat :**

- Au moins 130 personnes parmi les administrateurs et les praticiens du secteur de la nutrition et de la santé sont sensibilisées à la nécessité d'appliquer la stimulation précoce dans le cadre des protocoles nationaux de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë.
  - **Baseline** : 45 personnes ayant participé aux réunions de HI sur la stimulation précoce depuis 2 ans.
- Une feuille de route sur le déploiement de la stimulation précoce est définie pour les régions où la prévalence de la malnutrition est élevée
  - **Baseline** : aucun document sur le déploiement de la stimulation précoce n'a été visé par les mécanismes de coordination du secteur de la nutrition /santé.
- Les activités de supervision de la stimulation précoce sont inscrites dans les plans d'action des districts sanitaires où les activités de stimulation ont été déployées
  - **Baseline** : la stimulation précoce est inscrite dans les protocoles nationaux de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë des 3 pays ciblés
- Dans chacun des trois pays cibles, au moins 3 acteurs institutionnels et de la société civile ont formulé une initiative pour contribuer au déploiement de la stimulation précoce.

- **Baseline** : aucune nouvelle initiative d'opérationnalisation de la stimulation précoce, autre que celles de HI, n'a été identifiée

- **Activités associées au résultat 3 :**

1. **Sensibilisation des acteurs de la nutrition et contribution aux coordinations, clusters ou forums existants pour inscrire le déploiement de la stimulation d'éveil dans les plans de lutte contre la malnutrition**

HI proposera aux participants des réunions de coordination, clusters ou réunions du groupe ANJE des temps de réflexion sur une mise en application effective des activités de stimulation précoce dans le cadre du protocole de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë. Selon les besoins, HI proposera d'animer des groupes de travail pour déterminer les actions à mener pour faciliter la mise à l'échelle dans la région des activités de stimulation précoce en prenant compte des contraintes et capacités des différents acteurs. Il s'agira, par exemple, de travailler sur l'introduction de modules de formation sur la stimulation précoce dans les plans de formation des principaux acteurs de la nutrition ou de définir les modalités de collecte de données sur les activités de stimulation précoce pour les insérer dans les statistiques sanitaires.

Dans chaque pays, une journée de présentation de la stimulation précoce sera proposée à une quinzaine de praticiens des organisations membres des alliances ou réseaux de lutte contre la malnutrition. Cette journée portera sur la place de la stimulation précoce dans la prise en charge intégrée de la malnutrition, les enjeux, les concepts, l'expérience de HI et l'expertise disponible dans la région pour sa mise en place. Des visites d'échanges pourront être organisées avec les centres nutritionnels-écoles qui forment les futurs agents socio-sanitaires des services nutritionnels.

2. **Appui aux directions nationales et régionales de la santé pour opérationnaliser la mise en place des activités de stimulation et leur supervision au sein des services nutritionnels**

Dans chaque pays, un atelier formatif réunira les directions nationales de la nutrition, les directions nationales des ressources humaines, les directions régionales concernées, et les responsables de district sur une mise en application effective des activités de stimulation précoce dans le cadre du protocole de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë. L'exercice devra définir les modalités de planification et de supervision des services où la simulation précoce est déployée, poser un cadre de planification pour assurer la continuité des activités de stimulation après la fin du programme, et déterminer les conditions de réplication dans les aires sanitaires non encore couvertes.

Un appui logistique sera fourni aux 3 directions régionales et aux 3 directions Nationales pour faciliter les déplacements pour réaliser les supervisions.

3. **Soutien aux associations professionnelles de kinésithérapie dans leurs actions de plaidoyer auprès des pouvoirs publics et des écoles de kinésithérapie sur la mise en œuvre de la kinésithérapie de stimulation**

Les associations professionnelles des kinésithérapeutes du Niger, du Mali et du Burkina Faso ont développé des plans d'action de plaidoyer pour promouvoir la kinésithérapie au sein du système de soin de leur pays tout en améliorant la qualité des pratiques professionnelles.

Ces 3 associations seront mobilisées pour relayer des actions de sensibilisation à l'intention des pouvoirs publics sur la nécessité de renforcer le recrutement, la formation et le déploiement des kinésithérapeutes au niveau des régions et des services nutritionnels.

Les associations du Niger et du Mali seront également sollicitées pour sensibiliser les écoles de kinésithérapie à Niamey et à Bamako sur la pratique de la kinésithérapie pédiatrique dans la prise en charge de la malnutrition et de la nécessité de concevoir un module de formation spécifique.

Des journées de présentation sur la kinésithérapie d'éveil seront organisées pour les étudiants kinésithérapeutes de façon à susciter leur intérêt pour une future pratique professionnelle. Les associations pourront identifier des stagiaires pour seconder les kinésithérapeutes engagées dans les services nutritionnels.

Des actions de plaidoyer seront organisées par les 3 associations de kinésithérapeutes afin de les Etats investissent davantage dans la kinésithérapie et qu'ils mettent des kinésithérapeutes à disposition des régions et des districts sanitaires. Au Niger et au Mali, une dynamique est déjà en place et a permis d'avancer sur les réflexions quant aux protocoles de soin de kinésithérapie avec le Ministère de santé et les bureaux nationaux de l'OMS.

4. **Atelier régional de valorisation des acquis et d'échanges d'expériences entre les 3 pays, avec les représentants des ministères de la santé, de l'OMS, de l'UNICEF et des acteurs de terrain sur le déploiement de la stimulation d'éveil et la kinésithérapie dans les services nutritionnels**

En clôture de programme, HI, en collaboration avec l'UNICEF et l'OMS, réunira à Niamey 50 personnes parmi les principaux acteurs institutionnels de la nutrition et de la réadaptation du Niger, du Mali et du Burkina Faso. L'objectif de la rencontre sera de capitaliser les expériences, enrichir les pratiques et consolider les approches en vue d'une mise à l'échelle. Sur deux jours, les participants partageront leurs expériences quant au transfert de compétences vers les personnels socio-sanitaires, à l'apport de la kinésithérapie dans le processus de récupération des capacités physiques, sensorielles et cognitives des enfants malnutris aigus sévères, et à l'utilisation des outils soutenant les actions à base communautaire. HI présentera les conclusions de l'étude sociologique sur la qualité de la relation soignant-soigné et la place des parents dans le soin des enfants pour alimenter les réflexions sur la qualité du soin et le processus de développement des compétences des personnels socio-sanitaires.

4.3.2.3.2 Rapport intermédiaire

- **Mise à jour[4] des indicateurs**
- **Mise à jour[4] des bénéficiaires (statut + nombre)**
- **Mise à jour[4] des activités**

4.3.2.3.3 Rapport final

- **Indicateurs pour les résultats obtenus**
- **Bénéficiaires (statut + nombre)**
- **Activités réalisées**

4.4 Plan de travail (par exemple, annexe diagramme de Gantt)

Activités/ Mois	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Activités préliminaires																								
Mise en place des équipes en région ; atelier formatif sur les activités et les méthodes de suivi																								
Mobilisation des partenaires, 1er comité de pilotage																								
Ajustement de la Baseline																								
Activités du résultat 1																								
1.1. Formation à la kinésithérapie de stimulation et à la prise en charge des cas sévères pour les kinésithérapeutes																								
1.2. Mobilisation et formation des professionnels de santé des services nutritionnels et des agents sociaux à la stimulation d'éveil																								
Formation de formateurs																								
Formation des agents socio-sanitaires																								
Supervisions formatives																								
1.3. Organisation de séances collectives de stimulation d'éveil et de jeu pour les enfants malnutris aigus sévères																								
Aménagements des espaces de stimulation																								
Sessions de sensibilisation des parents																								
Séances collectives de stimulation précoce																								
1.4. Déploiement des soins de kinésithérapie en séances individuelles pour les enfants présentant un risque élevé de séquelles invalidantes																								
1.5. Étude anthropologique sur la relation parents /enfant /soignant au sein des services nutritionnels																								
Activités du résultat 2																								
2.1. Adaptation des coffrets d'appui à la stimulation précoce blue box et toy box au																								

contexte sahélien																								
2.2. Mobilisation et renforcement des capacités des acteurs communautaires au référencement, à la pratique de la stimulation précoce et au suivi des soins des enfants malnutris aigus																								
Réunions préparatoires																								
Formations des agents communautaires																								
Réunions de suivi																								
2.3 Programmes de sensibilisation et d'animations communautaires sur la prise en charge des enfants malnutris aigus																								
2.4 Organisation de visites à domicile pour le suivi des enfants malnutris à risque élevé de séquelles, le renforcement des capacités familiales																								
Activités du résultat 3																								
3.1. Sensibilisation des acteurs de la nutrition et contribution aux coordinations existantes pour inscrire le déploiement de la stimulation d'éveil dans les plans de lutte contre la malnutrition																								
3.2. Appui aux directions nationales et régionales de la santé pour opérationnaliser la mise en place des activités de stimulation et leur supervision																								
3.3 Soutien aux associations de kinésithérapie dans leurs actions de plaidoyer																								
3.4. Atelier régional de valorisation des acquis et d'échanges d'expériences entre les 3 pays																								
Activités de suivi-évaluation																								
Comités de pilotage																								
Evaluation finale																								

4.4.1 [INT] Plan de travail révisé en cas de changement après la proposition

4.5 Suivi, évaluation, audit et autres études

4.5.1 Suivi des activités (expliquer comment, par qui)

Les activités et résultats du programme seront suivis grâce à la mise en **place d'un système de suivi/évaluation adapté et efficient.** Ce système de suivi & évaluation des activités est organisé et supervisé par la Coordination MEAL basée à Bamako (Mali), en lien direct avec les chefs de projet pays basés dans chaque région d'intervention. Les chefs de projet sont secondés par des superviseurs et chargés de suivi & évaluation Pays pour la mise en place du système de recueil des données et la production des rapports d'activités transmis trimestriellement à la coordination de Suivi & Evaluation pour la compilation et l'analyse des données globale. Les outils de recueil de données, et notamment la base de données bénéficiaires et les fiches de relevés des indicateurs, seront identiques pour chacun des 3 pays de l'intervention. La coordination technique du suivi de la qualité du programme sera assurée par la coordination technique basée au Burkina Faso (2 personnes) et la référente technique réadaptation en Afrique de l'Ouest.

Les animateurs de HI (1 animateur pour environ 3 aires de santé soit 4 au Niger et au Burkina Faso et 2 au Mali) assureront un suivi de proximité au niveau local. Ils seront en charge de s'assurer du bon fonctionnement des espaces de stimulation dans les services nutritionnels et de la réalisation des plans d'action communautaires avec les agents ou organisations locales et les leaders. Ils participeront au suivi-évaluation au quotidien auprès des bénéficiaires et exécuteront le remplissage de la base de données bénéficiaires.

Le dispositif de suivi opérationnel, technique et budgétaire des activités s'appuie sur la politique et les outils de Planification-Suivi-Évaluation de HI visant à améliorer la qualité, l'apprentissage et la redevabilité de ses projets. Ces outils permettront de suivre l'évolution de l'intervention par rapport à la planification établie, et d'analyser les écarts.

- **Un plan de suivi-évaluation** permettra d'analyser l'avancement des activités du programme et des tâches en lien avec sa gestion, ainsi que l'atteinte des indicateurs du cadre logique et la comptabilisation des bénéficiaires ; ce plan sera décliné et adapté pour chacun des 3 pays d'intervention. Il inclut l'analyse des données quantitatives des services nutritionnels désagrégées par sexe et par âge (nombre d'enfants participants à des séances de stimulation, nombre de personnes sensibilisées, nombre de mères, pères impliqués dans la prise en charge). Les données qualitatives basées sur les bilans d'évolution des enfants malnutris selon une échelle sur les étapes du développement de l'enfant (évaluation avant/après la prise en charge en kinésithérapie) compilés avec l'application mobile de HI pourront analyser :
    - *Le développement physique* des enfants à travers l'analyse d'indicateurs tels que le retard de croissance (Indice Taille pour Age), l'état de maigreur (Indice Poids pour Taille) ou l'insuffisance pondérale (Indice Poids pour Age).
    - *Le développement psychomoteur, cognitif et affectif* de l'enfant sur les capacités motrices (globale et fine), l'apprentissage du langage, le développement des capacités cognitives et le développement social/émotionnel.
- **Des visites bimestrielles de monitoring** des chefs de projet accompagnés des partenaires institutionnels sur l'ensemble des sites où la stratégie est déployée : ces missions permettront de rendre compte du niveau de mise en pratique des formations données et du niveau d'engagement des parents et autres membres de la communauté dans les pratiques de stimulation précoce.
- **Un suivi qualité** assuré en binôme par la coordination opérationnelle et technique du programme et la conseillère technique en réadaptation : ils se rendront régulièrement dans les zones d'intervention pour analyser la mise en œuvre des actions et apporter un appui

technique dans leurs domaines de compétences respectifs aux équipes terrain. Des recommandations régulières seront émises à l'égard de l'équipe projet, et l'expérience des autres pays du programme sera partagée.

- **Un suivi rapproché de l'Association Nationale HI Belgique,** garante du respect des engagements et des règles bailleurs et de la communication sur le programme, et qui assurera une mission de suivi opérationnel et de suivi des indicateurs.
- **Des revues trimestrielles** de programme : l'ensemble des équipes impliquées se réuniront pour analyser l'état d'avancement et les difficultés rencontrées pour ajuster les stratégies d'intervention et de partenariat.
- **Une évaluation finale** : une évaluation finale externe sera organisée durant le dernier trimestre de l'année 2, d'une durée de 5 jours par région d'intervention, avec une méthode d'évaluation participative. Les résultats seront diffusés lors de l'atelier final de capitalisation.
- **La production de suivis financiers trimestriels** du programme sera assurée par le Coordinateur des Services Support en lien avec les responsables financiers.

Le dispositif de suivi-évaluation permettra d'analyser les éventuels écarts et de suivre le degré d'atteinte des résultats escomptés, et sera utilisé comme un outil d'aide à la décision au niveau **des comités de pilotage des pays, et des rencontres semestrielles interpays** dans les cas où il s'avérera nécessaire d'ajuster les stratégies. L'équipe HI veillera à faciliter l'adaptation de la gestion du programme en fonction de l'évolution du contexte et l'implication des parties prenantes. Les rapports serviront de base pour les discussions au sein des réunions du comité de pilotage avec les partenaires.

D'autre part, la production de données fiables nourrira un plaidoyer auprès des autorités afin de les convaincre d'intégrer cette approche au niveau national et assurer la provision de soins de qualité, au moment opportun de la récupération nutritionnelle et quel que soit la localisation des centres.

4.5.2 Cochez les cases correspondant aux études qui seront <u>éventuellement</u> entreprises:
☐ Évaluation externe pendant l'action
X Évaluation externe après l'action
☐ Audit externe pendant l'action
X Audit externe après l'action
☐ Evaluation interne ou audit interne relatif à l'action

4.5.3 Autres études: ☐ Veuillez préciser:

5. QUESTIONS TRANSVERSALES

5.1 Veuillez décrire le niveau escompté de durabilité et/ou de connexité[18].

Le programme contribue au déploiement d'un modèle de prise en charge prévu pour s'appliquer durablement dans les pays du Sahel. Il a pour objectif à moyen et long-terme d'inciter un réel changement de pratiques professionnelles des agents socio sanitaires, et comportementales des communautés afin que tous les acteurs locaux adoptent de nouvelles pratiques. Le programme aura un impact positif direct sur la santé des enfants pris en charge en favorisant une récupération plus rapide et durable de leur développement physique, psychomoteur, cognitif, et affectif ayant un impact sur de meilleures conditions d'apprentissage.

Les partenaires étatiques seront mobilisés à travers le renforcement de capacités des agents socio sanitaires dans les unités de prise en charge de la malnutrition, mais également à travers

[18] La durabilité et la connexité sont des concepts similaires, qui sont utilisés pour garantir que les activités soient exécutées dans un contexte qui tient compte des problèmes à plus long terme et interconnectés.

l'introduction de la stimulation dans les plans d'actions des districts sanitaires qui permettra de déployer les interventions sur le terrain. Cette stratégie va aller au-delà des districts sanitaires concernés par le programme puisqu'il va agir sur les équipes cadres des régions et les autorités centrales afin que les activités de stimulation d'éveil soient inscrites dans la majorité des plans d'action sur l'ensemble des districts.

Le programme vise un **ancrage communautaire** en cherchant à développer des méthodes et des outils adaptés au contexte sahélien et facilement appréhendables par les agents et leaders communautaires. Il s'appuie sur les réseaux formels et informels d'agents sociaux tout en renforçant leurs capacités techniques. En choisissant de former des personnes vivant dans la communauté et en choisissant de cibler aussi les pères, les chefs de village, les leaders communautaires, les chances d'acceptation, d'appropriation et de poursuite des activités communautaires sont augmentées. Le programme implique fortement les parents et autres membres de la famille élargie, dont certains d'entre eux deviennent rapidement prescripteurs de bonnes pratiques, comme c'est le cas des « mères éducatrices » qui deviennent conseillères des autres mères en difficulté. Les mères éducatrices et autres acteurs communautaires formés continueront à jouer un rôle de prévention de la malnutrition et des effets de la malnutrition. Les communautés dont les capacités à lutter contre la malnutrition et ses effets ont été soutenues et étayées, seront davantage résilientes face aux situations de crises alimentaires. A moyen terme, le programme aura un impact sur la sphère familiale: en redynamisant la relation enfant / mère et père, ces derniers retrouveront une place de parents responsables et acteurs de la guérison et du soin de leur enfant. Ceci contribuera à améliorer leur bien-être et renforcera leurs capacités de résilience face à un prochain évènement difficile. Ils auront des clés pour aider leur enfant à développer tout son potentiel dans l'environnement familial.

Le programme vient consolider un **système de soin structuré** (même s'il reste faible) et s'appuyant sur des relais au niveau communautaire. Les actions soutiennent les structures de santé locales existantes et se basent sur les stratégies et protocoles nationaux en matière de malnutrition. Les compétences et activités d'éveil que le programme introduit sont mises en pratique avec des techniques très simples et des matériaux recyclés, donc facilement reproductibles et vertueux pour l'environnement. Ces structures seront aptes à répondre aux besoins des enfants dans leur globalité sur la durée, de manière plus efficace. En situation de crise, ces services sont cependant rapidement surchargés et nécessiteront encore le soutien de la communauté internationale pour assurer au moins les approvisionnements en intrants alimentaires.

Ce programme vise un changement de pratiques dans la prise en charge de la MAS en introduisant, certes des activités de stimulation mais aussi la kinésithérapie dans le traitement de la MAS. Une telle prise en charge spécialisée ouvre un champ d'application pour les kinésithérapeutes offrant l'opportunité à cette filière de professionnels paramédicaux de renforcer son cursus de formation et diversifier les carrières.

Le programme compte sur un **ancrage institutionnel** pour assurer la continuité et la qualité des activités de stimulation précoces au sein des services nutritionnels. Des personnes ressources parmi les directions de la santé, des services sociaux et de la promotion de la femme et parmi les associations professionnelles et écoles de kinésithérapie, auront été formées pour reproduire les formations et guider les personnels intervenant dans les services nutritionnels dans leur pratique. Les directions nationales et régionales de la santé auront été accompagnées à inscrire les activités de stimulation précoce dans les procédures de supervision et dans les processus de planification des districts sanitaires. L'appropriation du programme par les partenaires à travers leur implication et responsabilisation dans la prise en charge des activités est un gage de durabilité.

L'implication **des acteurs de la nutrition au niveau national et au Sahel** favorisera la recherche de synergies et l'émergence de partenariats intra et inter-pays dans la prise en charge holistique de la malnutrition et sa mise à l'échelle. Le programme propose un cadre d'échanges et de mises en commun des savoirs avec les acteurs humanitaires, les agences onusiennes, et les partenaires techniques et financiers intervenant au Sahel pour intégrer systématiquement les

activités de stimulation précoce dans les stratégies de lutte contre la malnutrition et continuer à prévenir les séquelles invalidantes de la malnutrition sur le court et le long termes.

Enfin les nouveaux savoirs et techniques développés pourront être utilisés dans d'autres secteurs relatifs à l'enfance, notamment dans des contextes où les enfants manquent de stimulation tels que la santé maternelle et néonatale (prématurés) ou la protection (instituts d'enfants handicapés /orphelinats/ camps de réfugiés). Cela a déjà été entrepris avec succès pour les enfants présentant une paralysie cérébrale, laissant présager d'une transférabilité de l'approche de stimulation pouvant être explorée de manière plus approfondie.

5.2 Stratégie de continuité (liens entre l'aide d'urgence, la réhabilitation et le développement)

HI promeut une approche intégrée (Liens entre l'aide d'urgence, la réhabilitation et le développement) de façon à répondre à une crise chronique aggravée par des conflits régionaux, et des épisodes climatiques aux conséquences négatives. HI se positionne sur le moyen terme dans la région du Sahel en continuant de soutenir la résilience des populations à la fois par des interventions directes et par des actions de renforcement de capacités techniques, opérationnelles et structurelles.

Le programme proposé fait le lien entre l'urgence et le développement. Il implique les partenaires en place (du gouvernement et de la société civile), les communautés et les familles (en les considérant comme des partenaires) pour une intervention directe et rapide auprès d'enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère et risquant des déficiences irréversibles. Cette implication participe à la reconstruction sociale des communautés affectées par les crises. Les actions de sensibilisation et de plaidoyer auprès des acteurs institutionnels et des autres acteurs de la nutrition s'inscrivent dans une mobilisation à moyen et long terme en faveur de la mise en application effective de la stimulation précoce et du déploiement de la kinésithérapie.

L'inscription de la stimulation précoce dans les plans d'action des ministères de la santé vise à assurer le financement de ces actions sur le long terme. Les activités de plaidoyer auprès bailleurs de fonds et des partenaires locaux et internationaux pourront permettre de mobiliser d'autres fonds.

5.3 Intégration (par exemple, réduction des risques de catastrophes, enfants, droits de l'homme, égalité des sexes, impact environnemental, autres à préciser)

HI promeut une **approche basée sur les droits humains, l'égalité de genre et l'inclusion.** Le programme se basera sur le principe d'équité, à savoir assurer un accès égal selon les besoins, sans discrimination pouvant entraîner l'exclusion de groupes spécifiques, et de *do no harm*- en portant une attention sur les problèmes psychologiques des groupes cibles dans ces situations fragiles de crise humanitaire, et crises nutritionnelles chroniques au Sahel. A travers les activités programme, il s'agira de lutter contre les **inégalités et de renforcer l'empowerment des mères** (des enfants malnutris pris en charge) afin qu'elles retrouvent confiance et puissent être actives dans le rétablissement de leur enfant, Dans ce contexte récurrent de crise nutritionnelle, l'approche proposée contribuera à préserver la dignité et les droits de ces femmes. L'approche sera centrée sur la personne elle-même et sur son droit à l'information, à l'éducation nécessaire pour sa santé et celui des enfants, au consentement éclairé pour sa sécurité physique et psychologique.

Les méthodes et les outils développés seront ainsi adaptés aux besoins spécifiques des groupes d'individus ciblés (adaptation selon le genre, l'âge, les incapacités ou encore le niveau d'alphabétisation). Les équipes qui mettront en œuvre les activités seront respectueuses de l'environnement culturel de chaque bénéficiaire (valeurs traditionnelles, pratiques sociales, croyances et représentation).

La dimension handicap et inclusion sera particulièrement prise en compte pour la reconnaissance des personnes handicapées (parents et enfants) et favoriser ainsi leur participation dans les différentes actions et services soutenus par le programme.

Enfin, HI cherche à évaluer et **à atténuer les impacts de ses activités sur l'environnement** en intégrant des considérations écologiques au programme, et ainsi prévenir tout dommage environnemental avec l'impératif constant de développer des solutions réalistes, adaptées à chaque contexte et compatibles avec la portée de l'intervention. Cela inclut une attention particulière lors d'achats de matériaux et l'utilisation de sources locales d'approvisionnement si celles-ci sont disponibles. Le programme promeut l'utilisation de matériaux recyclés disponible localement pour la confection de jouets d'éveil. Le Programme Mali a également mis en place un système de recyclage de ses déchets, et le bureau en capitale fonctionne grâce à l'énergie solaire pour diminuer l'impact sur l'environnement. Le bureau de Mopti sera équipé au cours de l'année 2019 en panneaux solaires pour permettre de réduire notre empreinte écologique locale.

5.4 [INT] En cas de changements ou de problèmes à traiter, veuillez préciser

5.5 [FIN] En cas de changements ou de problèmes à traiter, veuillez préciser

6. MESURES DE SÉCURITÉ ET D'URGENCE

6.1 Mesures d'urgence (plan B/ mesures d'atténuation à prendre si les risques et hypothèses exposés dans le cadre logique se concrétisent)

Le risque le plus important pouvant faire évoluer la stratégie d'intervention et menacer les résultats de l'intervention est lié à **la dégradation des conditions sécuritaires sur la zone du programme**. Si la situation se dégradait, les bénéficiaires, les agents communautaires et/ou les équipes du programme amenés à se déplacer pourraient être pris pour cibles des groupes armés ou des bandits qui peuvent entraver l'accès aux zones d'intervention. Dans le cas extrême, l'activité sera délocalisée dans une autre zone accessible et où les besoins sont similaires. Ce scenario est cependant évalué avec un risque d'occurrence bas au Mali et au Niger, et moyen au Burkina Faso.

Le programme cible des aires de santé qui sont soutenues au niveau de leurs structures et des communautés par des organisations internationales assurant les services de base. **Le retrait d'une organisation partenaire des services de santé ou la rupture de stock d'intrants alimentaires** influerait négativement sur la fréquentation des services nutritionnels. Un fonds d'appui a été prévu pour faciliter le transport des familles les plus éloignées vers les services nutritionnels ambulatoires et assurer le suivi des enfants indépendamment des autres activités de soin. Les activités communautaires peuvent être adaptées en fonction de la réalisation effective des programmes prévus par les autres acteurs. Par exemple, les actions communautaires peuvent mettre l'accent sur des campagnes de dépistage des enfants malnutris, si celles-ci font défaut pendant la durée du programme.

Le départ du personnel formé sur la stimulation et ne pouvant plus mettre en pratique leurs connaissances est un risque probable et récurrent. Pour atténuer ce risque, le programme mettra en place un dispositif de suivi rapproché assurant le transfert des connaissances aux nouveaux agents de santé sur base d'un système de compagnonnage entre le nouvel arrivant et un personnel ayant été formé. La formation de formateurs locaux en partenariat avec les directions régionales de la santé facilitera la formation de nouveaux agents pendant les recyclages prévus 4 mois après les premières formations.

La survenue d'épidémies ou d'évènements climatiques (inondations) localisés pourraient entraver la disponibilité et les déplacements des agents et des organisations communautaires devant intervenir dans les villages. Les épidémies de choléra et de méningite menacent chaque année particulièrement la région de Maradi et le département de Madarounfa au Niger. Les équipes HI restent en contact permanent avec les directions régionales de la santé et les leaders locaux pour coordonner les actions et s'informer de tels événements. Pour

minimiser les risques de transmission des maladies, les équipes programme sont sensibilisées sur les modes de contagion et les mesures de préventions comme l'installation de poste de lavage des mains avec des détergents et la mise en place de kits d'hygiène au complet. Les sessions de sensibilisation communautaire et les sessions de guidance parentale comprennent également les consignes d'hygiène à respecter.

Des tensions intra-communautaires (interethniques, interreligieuses, entre familles résidentes et déplacées/réfugiées, entre bénéficiaires et non-bénéficiaires) peuvent émerger et remettre en cause certaines actions communautaires. Pour éviter les risques de tensions communautaires, l'approche participative favorisera l'implication des différents membres des communautés tout au long du programme en vue d'encourager la cohésion sociale et l'entente. L'équipe programme effectuera des visites régulières sur le terrain pour assurer la qualité des activités menées et éviter tous risques pour les bénéficiaires (Do No Harm). L'ensemble du personnel de HI, les partenaires contractualisés par HI et les prestataires signeront le code de conduite HI pour ce faire. Des mécanismes de remontées des plaintes seront mis en place afin de gérer les inquiétudes qui seront soulevées par les bénéficiaires et non bénéficiaires durant le programme.

6.2 Aspects relatifs à la sécurité

6.2.1 Situation sur le terrain. Veuillez donner une brève description

Le **Niger** est un terrain de connexion entre différents groupes armés présents dans les pays voisins. La sécurité est volatile sur les zones frontalières dans les régions de Diffa, Tillabéry, Tahoua et Agadez où ces groupes opèrent des actions armées contre les populations et les autorités de l'Etat (Forces de Sécurité ; autorités civiles ; agents de l'Etat …). La zone d'intervention du programme dans la région de Maradi est située près de la frontière avec le Nigeria. Le démantèlement d'une cellule de Boko Haram dans la zone de Maradounfa en 2017 a entrainé une augmentation de la présence des Forces de Sécurité avec des patrouilles régulières. La région de Maradi est souvent citée comme une zone de retrait ou d'approvisionnement possible pour les groupes extrémistes ou de circulation d'éléments radicaux entre la zone du bassin du lac Tchad et le Sahel. Aucun fait n'est jusqu'à présent venu corroborer ce risque en 2018. Les principales menaces identifiées par HI sont liées aux activités criminelles et les catastrophes naturelles (épidémies) et humaines (accidents). Selon le plan d'analyse de HI, la région de Maradi est classée en risque de niveau 1 c'est-à-dire le niveau le plus faible. Le niveau de risque est réévalué par le référent sécurité de HI tous les mois.

Au **Mali**, la situation sécuritaire du centre du pays a été particulièrement difficile ces deux dernières années. La région de Mopti a connu un enlisement de conflits intercommunautaires opposant des éleveurs Peuls à des chasseurs Dogons. Plusieurs affrontements sanglants ont été enregistrés entre ces deux communautés, occasionnant ainsi le déplacement de plus de 11 300 personnes vers des zones stables[19]. Les interventions des forces armées maliennes et des initiatives de médiation entreprises par le gouvernement pour apaiser la tension ne semblent pas avoir eu d'effet. Outre le conflit communautaire qui continue par prendre de l'ampleur, les forces armées ont été régulièrement la cible des groupes radicaux installés dans le centre depuis plus de trois ans. Suite à la mise en place du G5 Sahel dans la ville de Sévaré, son quartier général a subi une attaque d'envergure le 29 juin 2018. Dans ce contexte, les ONG ne sont pas épargnées par ces difficultés. Depuis le début de cette année, 30 incidents ont été enregistrés par la communauté humanitaire. Ce sont, en majorité, des incidents liés à la criminalité et de contrôles irréguliers de la part des groupes radicaux dans leurs zones d'influences.

Au **Burkina Faso**, la présence de groupes armés actifs dans la région de l'Est du pays, sur la bande frontalière du Niger dans le département de Say entraine des mouvements de ces groupes armés sur la bande Sud du Yagha (Commune de Boundoré) mais qui ne se traduisent pas jusqu'à présent en incidents dans la province. A la vue du contexte sécuritaire général au Burkina

[19] Bulletin humanitaire Mali, OCHA, Mai-Juin 2018

Faso et des éléments de contexte locaux, une dégradation du contexte sécuritaire est probable. Cependant l'expérience des ONG dans les provinces affectées par l'insécurité souligne que les humanitaires ne sont pas la cible prioritaire des groupes armés. L'acceptation de HI dans le Yagha est importante, les équipes des programmes et la cellule sécurité travaillent régulièrement ensemble pour renforcer cette acceptation par l'information des parties prenantes et la stratégie d'engagement auprès de la population qui réduisent le risque d'un ciblage de nos programmes.

6.2.2 Un protocole de sécurité spécifique a-t-il été établi pour cette action?
Oui X Non ☐ Procédures standard ☐

Si oui, précisez:

HI dispose sur place d'une cellule de sécurité composée d'un Référent Sécurité, d'un Chargé de Sécurité Sahel et d'un Chargé de Suivi Sécurité. Ces personnels sont 100% dédiés à la gestion de la sécurité des personnels et des projets HI. Cette cellule s'appuie sur des Points Focaux de Sécurité localement. La sécurité des opérations de HI s'inscrit dans un cadre de gestion de la sécurité qui repose sur un Plan de Sécurité (mesures de sécurité proactives) et un Plan de Contingence (mesures de sécurité réactives). Pour cela une grille d'analyse des risques est en place et revue chaque 6 mois via un atelier avec les équipes opérationnelles.

Un plan de sécurité spécifique pour toutes les interventions dans les régions est mis en place. Chaque personnel national et international reçoit systématiquement un briefing sur la sécurité pour la zone dans laquelle il se rend. Des moyens de géolocalisation sont utilisés afin de répondre au mieux aux équipes quant aux risques sur le terrain. Des procédures opérationnelles sont connues et suivies par l'ensemble des équipes pour anticiper les risques et assurer la sécurité des bénéficiaires comme des personnels. Un plan de formation sur la gestion des risques de sécurité est encadré par le Référent Sécurité.

HI est inscrit auprès d'INSO au Mali et auprès d'OCHA au Burkina Faso afin de recevoir les services dédiés : flash alerte, rapport mensuel analytique, liste récapitulative des incidents de sécurité, formations (gestion de la sécurité et déplacements) et briefing (d'orientation, contextuel).

6.3 [INT] En cas de changements ou de problèmes à traiter, veuillez préciser

6.4 [FIN] En cas de changements ou de problèmes à traiter, veuillez préciser

7. COORDINATION SUR LE TERRAIN

7.1 Coordination sur le terrain (veuillez indiquer la participation de l'Organisation humanitaire aux mécanismes de coordination avec d'autres parties prenantes, tels que les "clusters", les ONG, les agences des Nations unies, autres (à spécifier), ainsi que les liens avec la procédure d'appel consolidée, si nécessaire)

HI est un membre actif des clusters Nutrition et participe aux mécanismes de coordination de l'action humanitaire sous le leadership d'OCHA dans les 3 pays d'intervention.

Au **Mali**, HI est également membre du Forum des ONG Internationales du Mali (FONGIM) qui rassemble une cinquantaine d'organisations de développement et humanitaire. Dans ce cadre, HI participe au Groupe Technique Santé (GTS) et au Groupe Technique de l'Action Humanitaire (GTAH) créés plus spécifiquement pour traiter des questions de sécurité ou relatives à l'espace humanitaire dans les crises. Le groupe GTAH facilite et met en œuvre des actions de plaidoyer à destination des bailleurs de fonds (afin de préciser les besoins humanitaires constatés et les manques de financement), des autorités nationales (afin de sensibiliser les Ministères sur l'absence de services de bases), des agences onusiennes (afin d'alerter, notamment OCHA, sur les situations de crise constatées dans certaines localités). Au niveau local, à Mopti, HI participe aux réunions mensuelles organisées par OCHA. HI est également représenté au niveau des sous Clusters Santé/Nutrition et Protection.

Au **Niger**, HI participe activement aux réflexions et à la coordination technique à Niamey à travers les clusters Nutrition et Éducation. Au niveau local à Maradi, HI est membre du sous cluster Santé/Nutrition animé par le sous-bureau de OCHA à Maradi, et participe aux réunions et ateliers thématiques sur la nutrition et la santé maternelle et infantile organisées par la Direction Régionale de la Santé avec l'appui de l'UNICEF.

Au **Burkina Faso,** HI participe régulièrement aux clusters Santé, Nutrition et Protection à Ouagadougou. HI contribue aux groupes de travail tels que le Groupe de Travail sur la Protection de l'Enfance et le Groupe de travail Partenaires Techniques et Financiers Santé/Éducation qui permet d'échanger sur les approches techniques et de se concerter sur la priorisation des besoins. Au niveau local dans la région du Sahel, HI est représenté dans les réunions organisées mensuellement par l'UNHCR. HI est également représenté au niveau du sous-cluster Santé/Nutrition aux côtés de l'UNICEF, de la Croix Rouge, de Médecins du Monde et de la direction régionale de la santé. Ces cadres de coordination sont très utiles pour coordonner les actions avec les acteurs humanitaires, les acteurs du développement et les services techniques de l'État en partageant les informations sur le ciblage, les zones d'interventions et méthodologies, et ainsi favoriser les synergies et éviter les doublons dans la réponse aux besoins.

Par ailleurs, dans chaque district sanitaire ciblé, les actions feront l'objet d'une coordination rapprochée avec les ONG, partenaires techniques des autorités sanitaires, soutenant les centres de santé et services nutritionnels : Save the Children au Mali, MSF au Niger, MDM au Burkina Faso.

7.2 Autorités nationales et locales (relations établies, autorisations, coordination)

HI a établi des relations solides avec les services techniques des États du Mali, du Niger et du Burkina Faso depuis plusieurs années. Les actions sont coordonnées au niveau central, au niveau de chaque région d'intervention auprès des services déconcentrés, et au niveau des communes auprès du président du bureau ou conseil communal, et des adjoints en charge des questions sanitaires et sociales.

Au **Mali**, un accord d'établissement et accord-cadre a été signé entre HI et le Ministère de l'Administration Territoriale et des Collectivités de Base en date du 17 mars 2008 sous le numéro 0328/000695. Des réunions bilatérales de coordination et d'information sont régulièrement organisées en ligne avec les plans nationaux des différents ministères. A Mopti, des discussions avec la Direction Régionale de la Santé ont eu lieu pour l'établissement d'une convention de partenariat.

Au **Niger**, HI a signé un accord d'établissement et accord-cadre avec le ministère de l'Administration Territoriale et des Collectivités de Base en date du 19 mars 2007 sous le N° 063/MI/D/A/AR/DGAPJ/DLP. Au niveau local, des modalités de partenariat ont déjà été établies avec certains partenaires clés dans la région de Maradi (Direction Régionale de la population, de la femme et de la protection de l'enfant ; Direction de l'éducation ; ministère de l'administration territoriale ; fédération régionale des personnes handicapées) dans un souci de transparence et de confiance mutuelle. Dans la même dynamique, une convention de partenariat a été signée en 2015 avec la Direction Régionale de la Santé pour les activités prévues dans la ville de Maradi et dans le district sanitaire de Madarounfa.

Au **Burkina Faso**, une convention de partenariat entre l'Etat burkinabé et HI est enregistrée sous le numéro DPSP ONG 0063 le 13 mars 1991. Des conventions de collaboration ont ensuite été établies puis renouvelées avec le ministère de la santé en 2015 pour cinq ans, le ministère de l'éducation nationale et de l'alphabétisation en 2010 et le ministère de l'action sociale et de la solidarité nationale en 2014. Au niveau local, HI entretient déjà des relations avec les autorités régionales pour toutes les zones d'intervention du programme.

Dans chaque région, la Direction Régionale de la Santé est l'autorité référente pour le programme. L'ensemble des activités est mis en œuvre avec l'accord de cette direction. La direction régionale de l'action sociale ou la direction régionale de la population, de la femme et de la protection de l'enfant – selon les pays - sera sollicitée afin de mobiliser les agents sociaux du

district pour identifier et suivre les bénéficiaires les plus vulnérables. Les élus des communes seront également engagés pour soutenir l'identification des enfants malnutris dans les villages tout en veillant à ce que la voix des ménages les plus pauvres soit entendue. Ils joueront un rôle de mobilisation sociale de la communauté. Des comités de pilotage avec les directions de la santé et des affaires sociales et leurs partenaires techniques sont déjà établis au Niger et au Burkina Faso, et celui pour la région de Mopti au Mali sera établi au démarrage du programme. Ces comités de pilotage permettent aux différents acteurs de suivre l'évolution du programme, de prendre des décisions concernant les difficultés rencontrées et de saisir d'autres autorités ou institutions si nécessaires.

7.3 Eventuelle coordination avec la représentation diplomatique belge

HI a des contacts réguliers avec la représentation diplomatique Belge au Mali et au Niger. Les contacts avec la représentation au Burkina Faso ont été plus sommaires.

Au Mali, HI participe régulièrement aux échanges du cadre de concertation commun / dialogue stratégique avec les ONGs Belges dont la dernière réunion s'est tenue le 13/11/2018 à Bamako. Plusieurs échanges informels ont eu lieu entre septembre et décembre 2018 pour notamment assurer un suivi de la phase suivante du programme ESSPOIR. Une réunion formelle s'est tenue le 18/12 où l'étape de re-soumission du programme « PASSEPORT pour grandir » a été abordée et détaillée ensemble.

Les avancées et résultats du programme ESSPOIR avaient déjà été partagés aux représentations au Niger et au Mali. Au Niger, en janvier 2017, le programme a reçu la visite de Mme Nora Loozen de la branche humanitaire du Royaume de Belgique et de M. Wim Schalenbourg 1er Secrétaire de l'Ambassade du Royaume de Belgique. Ils se sont rendus au CRENI de Madarounfa et au CRENAS de Jiratawa dans le département de Madarounfa à Maradi pour observer les activités mises en place et partager leurs impressions.

En septembre 2018, HI Burkina Faso est allé expliquer les résultats du programme ESSPOIR du rapport de l'évaluation finale et a informé la représentation diplomatique Belge d'une nouvelle soumission à la DGD.

Dans le cadre de la mise en œuvre de ce nouveau programme, la collaboration et les échanges réguliers se poursuivront et s'intensifieront avec la représentation diplomatique au Burkina Faso.

7.4 [INT] En cas de changements ou de problèmes de coordination, veuillez préciser

7.5 [FIN] En cas de changements ou de problèmes de coordination, veuillez préciser

8. PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE

8.1 Nom et adresse du ou des partenaires de mise en œuvre

Les services techniques des États ciblés

- Les Directions (nationales) de la Nutrition des ministères de la santé du Mali, du Niger et du Burkina Faso.
- Les Directions Régionales de la Santé de Mopti (Mali), de Maradi (Niger), du Sahel (Burkina Faso)
- Les directions régionales des affaires sociales : Direction Régionale du Développement Social et de l'Économie Solidaire de Mopti ; Direction Régionale de la Population et de l'Action Sociale de Maradi ; Direction Régionale de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale du Sahel.
- Les directions régionales des affaires familiales : Direction Régionale de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille de Mopti ; Direction Régionale de la Femme et de

la Protection de l'Enfant de Maradi ; Direction Régionale de la Promotion de la Femme et du Genre du Sahel.

Les collectivités locales représentées par leurs élus, notamment les maires des communes d'intervention.

La société civile

- Les comités de gestion ou associations de santé communautaire au niveau des centres de santé
- Laboratoire d'Etudes et de Recherche sur les Dynamiques Sociales et le Développement Local (LASDEL), BP 12901 Niamey, NIGER
- Association des Kinésithérapeutes du Mali (AKIMA), représenté par sa présidente, Mme Coulibaly Fatimata, domiciliée à Bamako, commune 3.
- Association des Kinésithérapeutes du Niger (AKN) représenté par son président, M. Seini Baro, domiciliée à Niamey, Stade Municipal
- Association Burkinabé des Masseurs Kinésithérapeutes et Aides Rééducateurs (ABMKAR), domiciliée à Ouagadougou, Personne contact : Alexandre Pegdwendé KABORE. Email : kapalex@yahoo.fr

Les ONG internationales : Présentes dans les zones d'intervention pour la prise en charge de la MAS, elles travailleront en collaboration avec HI. Il s'agit de :

- Save the Children à Mopti (Mali)
- Médecins du Monde Espagne à Sebba (Burkina Faso)
- Médecins sans Frontière à Madaroufa (Niger).

8.2 Statut des partenaires de mise en œuvre (par exemple: ONG, autorités locales, etc.) et rôle joué par eux

Les autorités nationales, régionales et locales :

- **Au niveau national,** les directions nationales de la nutrition sont associées au processus de programmation pour assurer la mobilisation des directions régionales et la cohérence des approches du projet avec les politiques et priorités nationales sur l'ensemble du programme. Les directions nationales seront soutenues pour renforcer leurs capacités de planification, de suivi et de supervision des activités de stimulation précoce prévues par l'activité 2 du résultat 3. A titre pilote et formatif, HI facilitera la logistique des déplacements des directions nationales vers les régions d'intervention. HI soutiendra le transfert de compétences par un appui méthodologique et technique aux directions nationales lors d'ateliers formatifs et par l'échange d'expériences lors du séminaire de capitalisation prévu en fin de programme. Par ailleurs, les directions seront sollicitées pour contribuer au plaidoyer en faveur du renforcement de la kinésithérapie auprès des autres directions concernées du ministère de la santé.
- **Au niveau des régions**, les services techniques régionaux des États (directions régionales de la santé, directions régionales des affaires sociales, directions régionales des affaires familiales) participeront activement en étroite collaboration avec HI à la définition des stratégies, préparation des actions, facilitation des formations techniques et mobilisation des acteurs communautaires (ils seront formés en tant que formateurs). Ils assureront la supervision des activités de routine mises en place par le programme. Leur démembrement opérationnel au niveau district (médecins chefs des centres de santé de référence, agents locaux des services sociaux) et au niveau des services nutritionnels seront responsables de l'intégration des activités de stimulation précoce dans le protocole de soin au niveau de chaque structure sanitaire ciblée. Les agents sociaux et les agents de la promotion de la femme seront impliqués avec les équipes HI au niveau

communautaire lors des visites à domicile et activités de sensibilisation. Le transfert de compétences est une dimension clé ancrée dans la conception du programme. Le rôle des animateurs de HI sera d'accompagner les personnels des partenaires techniques dans l'acquisition des compétences et le changement de pratiques professionnelles au bénéfice des enfants souffrant de malnutrition.

- Les collectivités territoriales jouent un grand rôle dans le maintien de la bonne santé des populations. **Les élus des communes** ciblées participeront à l'élaboration et au suivi des plans d'actions des activités de sensibilisation et mobilisation communautaire en s'assurant de la bonne coordination avec d'autres programmes prévus sur leur commune. Chaque mois les calendriers des actions seront validés avec les représentants des communes en lien avec les leaders coutumiers. Ils contribueront aux actions de plaidoyer en prenant la parole lors des événements communautaires. Ils soutiendront le système de référencement et d'identification des enfants malnutris. Ils veilleront à ce que la voix des ménages les plus pauvres soit entendue et que les modalités de réponses aux besoins prennent en compte leurs contraintes.

Les partenaires de la société civile :

- Les **comités de gestion** et les **associations de santé communautaire** intervenant auprès des services nutritionnels ciblés seront associés aux activités de programmation pour assurer leur contribution à la mise en place et à la continuité des activités de stimulation précoce. Ils joueront un rôle de d'accompagnement et de mobilisation sociale de la communauté de façon à ancrer les activités de stimulation dans les habitudes de soin et d'encourager le changement des pratiques pour une relation enfant/soignant davantage stimulante.
- Le **Laboratoire d'Études et de Recherche sur les Dynamiques Sociales et le Développement Local** est une unité de recherche en sciences sociales indépendante, fonctionnant sous statut associatif. Il regroupe 26 chercheurs africains, dont onze sont titulaires d'un doctorat, menant des travaux qualitatifs de type socio-anthropologique. Le Laboratoire réalisera l'étude anthropologique sur la relation enfant/ soignant/ parent au sein des services nutritionnels (activité 5 du résultat 1) à Maradi au Niger. Les experts techniques de HI travailleront avec les chercheurs de LASDEL sur des termes de référence puis sur la méthodologie de recherche. LASDEL conduira l'étude et proposera un rapport préliminaire qui sera revu par HI avant la production du rapport d'étude final.
- **L'Association des kinésithérapeutes** du Mali, l'Association des Kinésithérapeutes du Niger, et l'Association Burkinabé des Masseurs Kinésithérapeutes et Aides Rééducateurs sont trois associations professionnelles du domaine de la kinésithérapie, enregistrées dans leur pays respectif. Les trois associations mettront en œuvre des différentes actions (activité 3 du résultat 3) selon leurs capacités opérationnelles : des actions de communication à l'attention des kinésithérapeutes pour les informer des besoins en services nutritionnels ; des actions de plaidoyer auprès des pouvoirs publics sur l'importance d'investir davantage sur la kinésithérapie et réduire le « coût de la faim » en réduisant les séquelles invalidantes ; des journées d'étude avec les écoles de kinésithérapie pour sensibiliser les futurs kinésithérapeutes et identifier des étudiants stagiaires pour les services nutritionnels. Les associations contribueront à la validation du protocole de la kinésithérapie d'éveil HI apportera un soutien financier, méthodologique et technique aux associations au cours de la mise en œuvre des activités, ce qui renforcera les capacités des associations en gestion de projet et leurs compétences en communication et en plaidoyer. Les personnes ressources des associations seront invitées à participer aux formations prévues dans le programme pour renforcer leurs capacités et capitaliser l'expérience au sein de leur organisation.

Les ONG internationales :

Elles ont pour rôle d'appuyer les autorités nationales, régionales et locales dans la prise en charge holistique de la malnutrition comme par exemple Médecin du Monde Espagne (MdM) dans le district de Sebba (Burkina Faso), Save the Children au sein de l'URENI de Mopti (Mali),

et MSF intervenant dans le CRENI de Madarounfa (Niger). Elles ne soutiennent que très peu la mise en œuvre de l'étape de stimulation inclue dans la PCIMA.

8.3 Type de relation avec le ou les partenaires de mise en œuvre et les rapports attendus de la part du partenaire de mise en œuvre

Avec les autorités nationales, régionales et locales :

Les relations entre HI et les autorités nationales, régionales et locales sont basées sur une étroite collaboration et un renforcement de leurs capacités techniques. HI reste maître d'œuvre des activités du programme.

Les relations de partenariat entre HI et les directions nationales de la nutrition sont établies depuis plusieurs années. Au Burkina Faso, elles font l'objet d'une convention couvrant la période 2015-2020. Pour les activités de ce programme, HI et les directions s'accorderont sur un plan d'action annuel acté par une lettre d'intention.

Au niveau des régions, les directions régionales de la santé des régions de Maradi (Niger) et du Sahel (BF) et HI ont déjà signé une convention de partenariat qui pourront accueillir de nouvelles activités. Au Mali, une convention de partenariat sera établie à Mopti au début du programme. Ces conventions impliquent la participation aux comités de pilotage du programme organisés par HI et aux réunions de coordination organisées par les autorités. HI tient informées les autorités partenaires sur l'état d'avancement du programme et communique les rapports d'activités. Une feuille de route est définie entre les deux parties pour assurer la continuité des services mis en place après la fin du programme.

Un comité de pilotage est déjà en place à Maradi. HI mettra en place un comité de pilotage dans les deux autres régions afin que la mise en synergie et complémentarité des compétences et des ressources soit optimale. En effet, en impliquant une diversité de parties prenantes, en les permettant de se rencontrer et d'échanger, le programme facilitera une dynamique autour des activités prévues.

Avec les partenaires de la société civile :

Les relations entre HI et les organisations de la société civiles sont basées sur une vision commune des objectifs, une complémentarité d'action et un enrichissement mutuel des compétences. Dans le cadre de ce programme, HI transfèrera la maitrise d'œuvre d'activités définies à LASDEL (activité 5 du résultat 1) et aux associations professionnelles de kinésithérapie (activité 3 du résultat 3), avec un soutien financier. La gestion relationnelle entre les partenaires sera basée sur la contractualisation, le respect des mandats et la redevabilité. Des contrats de partenariat seront signés avec les partenaires et définiront les rôles et engagements des deux parties sur la base d'un plan d'action, d'un budget détaillé et d'un calendrier de rapportage. Les plans d'action et les budgets auront fait l'objet de discussions avec HI, de façon à s'assurer du respect des standards de qualité conformes aux exigences de HI. Le suivi de l'avancement des activités confiées aux organisations partenaires sera intégré dans les outils de suivi-évaluation.

Les ONG internationales :

HI est déjà en consortium avec MDM ONG dans le cadre de la mise en œuvre d'un projet de résilience au Burkina Faso. HI a déjà collaboré avec MSF lors du programme ESSPOIR. Avec Save the Children au Mali, des contacts ont été pris dès la conception du projet pour discuter de la coordination des activités prévues. Le programme favorisera la mutualisation et la complémentarité des ressources en s'appuyant au maximum sur les initiatives déjà présentes avec les autres intervenants du secteur de la Nutrition qui s'occupent de la prévention communautaire, du dépistage ou du traitement thérapeutique pour assurer une complémentarité. Comme il n'y aura pas de transfert financier avec ces partenaires, il s'agira d'établir des organes d'échange et de coordination mais pas de relation contractuelle.

8.4 [INT] En cas de changements, veuillez préciser

8.5 [FIN] En cas de changements, veuillez préciser

9. ACTIVITÉS DE COMMUNICATION, DE VISIBILITÉ ET D'INFORMATION

9.1 Activités de communication programmées

Le département communication de HI Belgique réalisera une visite du programme pour collecter des témoignages, photos, et capsules vidéos sur les actions mises en œuvre avec l'appui des fonds de la Coopération belge. Le département invitera des journalistes de la presse belge à se joindre à la visite pour communiquer plus largement dans les médias (ces missions dans les régions d'intervention seront soumises à la validation du référent sécurité).

HI informera le public à propos des actions menées dans la région en réponse à la crise, en contactant les médias par communiqué de presse et à travers ses divers outils de communication (page web, blog, info-lettre, etc.), en mentionnant tout particulièrement l'apport important des fonds de DGD dans cette réponse humanitaire

Les ateliers régionaux de formation, les comités de pilotage, le séminaire de capitalisation, les conclusions de l'étude anthropologique, et les actions de plaidoyers des associations professionnelles de kinésithérapie seront autant que possible médiatisés par voie de presse écrite et télévisuelle.

9.2 Visibilité sur les équipements durables, les fournitures principales, ainsi que sur le lieu du programme

Pour des raisons de sécurité des équipes, HI ne pourra pas faire de communication externe visible sur l'origine des financements de ces activités sur le terrain à travers des logos de la DGD sur la zone d'intervention sur les équipements, les fournitures.

Ainsi, les équipements roulants et autres outils de visibilité ne portent que la mention "HI" (sans le logo du bailleur). L'utilisation du logo du bailleur pour la visibilité de nos activités de terrain multiplierait l'exposition aux risques de nos équipes opérationnelles.

9.3 Activités de publication prévues

Une synthèse de l'étude anthropologique sur les relations enfant/parents/soignants sera publiée en français sur les sites web de LASDEL et de HI, et éditée à 150 exemplaires.

9.4 [INT] En cas de changements, veuillez préciser

9.5 [FIN] Rapport sur les activités pertinentes

10. RESSOURCES HUMAINES

10.1 Veuillez indiquer les chiffres globaux par fonction et par statut

Fonction	***Statut[20]***	***Nombre de personnes***	***Nombre d'hommes/mois dans le programme***	***Remarques***
Chef (ffe) de projet	Local	3	69	(1/pays ETP) Assurent la mise en œuvre et le suivi direct des activités dans un pays ; encadrent les superviseurs et animateurs de terrain ; entretiennent la communication avec les différents services, et les relations de partenariat au niveau des régions
Superviseur	Local	2	40	(1 au Burkina-Faso, 1 au Niger à ETP) Assurent la supervision des activités au quotidien, secondent les chefs de projet pour la production des documents de compte-rendus. Le Mali n'a pas de superviseur car ce rôle sera endossé par le chargé de suivi/évaluation
Chargé (e) de suivi –évaluation	Local	3	21	(1/pays) Temps partiel – En charge de la base de données du programme (collecte, suivi des indicateurs, analyse des données), et évalue la qualité des activités menées par pays. Le chargé Suivi Evaluation du Mali aura un rôle de superviseur également (2/3 temps)
Animateur (trice) communautaires	Local	10	60	4 au Burkina Faso, 4 au Niger, 2 au Mali. Accompagnent les personnels socio-sanitaires et les agents communautaires à mettre en place les sensibilisations et les activités de stimulation ; 1 animateur pour 3 aires de santé. Compte tenu de la zone plus réduite au Mali, il n'y aura que 2 animateurs (7 URENAS).
Kinésithérapeute	Local	3	63	(1/pays) Ils dispensent les soins de rééducation sur un district sanitaire ; Opèrent une supervision clinique des agents socio-sanitaires dans les activités de stimulation
MEAL Manager	Expatrié	1	2	Basé au Mali, il est en charge de la coordination du mécanisme de Suivi Evaluation sur les 3 pays. Il met en place une base de données identique au 3 pays, compile les données des pays, analyse les données et fait des recommandations sur le suivi et la collecte des données aux Pays.
Coordinateur technique Santé	Local	2	6	(1 sur Niger/Burkina Faso ; 1/Mali) Temps partiel - Appui technique aux

[20] Expatriés, personnel local, personnel du partenaire de mise en œuvre,…

Fonction	***Statut[20]***	***Nombre de personnes***	***Nombre d'hommes/mois dans le programme***	***Remarques***
Réadaptation				chefs de projet et aux partenaires ; Il est garant de la qualité technique des interventions.
Coordinateur technique Réadaptation	Expatrié	1	2	Temps Partiel. Basé au Burkina Faso, il est spécialiste dans le domaine de la réadaptation /Kinésithérapie et appui les équipes techniquement dans ce domaine (kiné d'éveil).
Manager régional de l'unité technique	Expatrié	1	2	Temps partiel. Basé au Burkina Faso, il manage l'équipe technique pour s'assurer de la qualité des interventions.
Manager Régional Plaidoyer et communication	Expatrié	1	1	Temps partiel. Basé au Burkina Faso, il accompagne les équipes dans les actions de plaidoyer et met en place le plan de communication du programme.
Chargée de reporting	Expatrié	1	4	Temps partiel. Basé au Mali, il est en charge de la relecture et de la compilation des rapports internes et externes bailleur des 3 pays.
Équipes de direction	Expatrié	2	2	(1 directrice au Mali, 1 responsable pays au Niger). Représentent HI auprès des différentes autorités nationales et partenaires institutionnels ; assurent le respect des processus de planification/ mise en œuvre/suivi-évaluation et des questions transversales
Équipes des services logistiques	Expatrié	1	1	Temps partiel dans les 3 pays. Appuient les activités sur tous les aspects logistiques (achats de matériels, stocks, communication, gestion du parc véhicule/déplacements) et le respect des procédures ;
	Local	16	59	
Équipes des services de sécurité	Expatrié	2	1	Temps partiel. Référents sécurité en capitale et assistant dans les régions d'intervention. Assurent la gestion de la sécurité des équipes sur le terrain
	Local	2	3	
Équipes du service administratif et financier	Expatrié	2	1	Appuie les activités sur tous les aspects administratifs et financiers (paiements des fournisseurs, suivi des contrats, enregistrement comptable, suivi financier, gestion des ressources humaines, secrétariat) ; assurent le contrôle interne aux différents niveaux
	Local	12	51	

10.2 [INT] En cas de changements, veuillez préciser

10.3 [FIN] En cas de changements, veuillez préciser

11. INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

11.1 Nom et titre du représentant légal signant la convention

Erwin TELEMANS
Directeur Général
Handicap International Belgique

11.2 Nom, numéro de téléphone, adresse e-mail et titre de la (des) personne(s) chargée(s) de la gestion administrative du dossier

Griet DE COSTER
Chargée de Partenaires Institutionnels - Handicap International Belgique
Email : g.decoster@hi.org
Téléphone : +32 22 33 01 75

11.3 Nom, numéro de téléphone et de fax et adresse e-mail du représentant dans la zone d'intervention

Philipe ALLARD
Directeur de programme Burkina- Niger
Email : p.allard@hi.org
Téléphone : +226 50 36 28 73 / mob +226 76 69 00 71

11.4 Compte bancaire

Nom de la banque: ING Belgique SA
Adresse de l'agence: Avenue Marnix, 24 ; B – 1050 Bruxelles
Désignation précise du titulaire du compte: Handicap International asbl
Numéro de compte complet (y compris code(s) bancaire(s)):
Code IBAN: BE93 3631 4776 2867
Code SWIFT: BRUBEBB

==========