

Direction générale de la Coopération au Développement - DGD

Service D5.1 - Aide Humanitaire

# FORMULAIRE UNIQUE POUR LE FINANCEMENT D'UNE ACTION HUMANITAIRE

(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

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

#### 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):

Χ Proposition initiale date: 14-01-19 Proposition révisée n°. date: jj-mm-aa 

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.

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

Par un courrier en date du 29/06/2020, HI a fait une demande de modification des zones d'intervention et une modification/adaptation des activités compte tenu de la situation sécuritaire et sanitaire dans les 3 pays d'intervention.

Certaines activités ont ainsi été réorientées en réponse à la crise de la COVID-19. La demande comprenait également un amendement budgétaire.

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

Une demande de No Cost extension de six (6) mois a été envoyée à la DGD le 26 février 2021. Cette demande fait état de la nécessité d'absorber les retards accusés dans la mise en œuvre suite à l'adaptation forcée des activités face aux restrictions imposées par la pandémie de COVID-19. Cette demande d'extension sans coût additionnel a été accordée le 03/03/2021, prolongeant la durée du projet au 30 novembre 2021.

### 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; avrilmai 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<sup>2</sup> (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 »<sup>3</sup>.

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

3

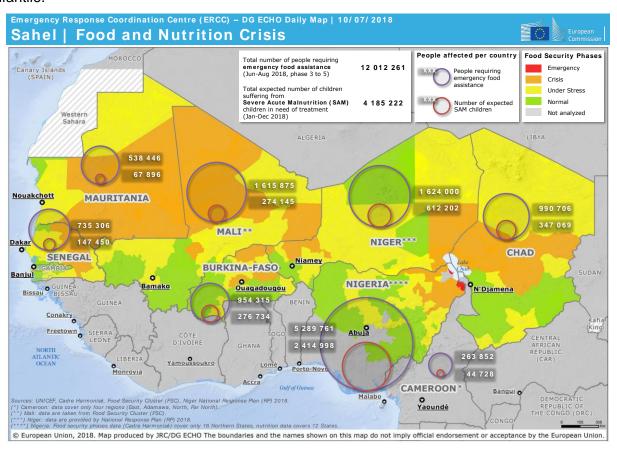
<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Le projet multi-pays ESSPOIR « *Les Enfants malnutris du Sahel sont Stimulés, Protégés, Orientés et Intégrés dans leur communauté devenue plus Résiliente* », a été financé par la Coopération Belge au Développement et mis en œuvre par HI au Mali, au Burkina Faso et au Niger 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.

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> OCHA Sahel « Sahel, overview of humanitarian needs and requirements" 2018 (www.unocha.org/sahel)

de personnes dans l'ouest du Niger, le centre du Mali et le nord du Burkina Faso ont été déplacées depuis décembre 2017<sup>4</sup>.

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.



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.

<sup>&</sup>lt;sup>4</sup> Source : UNOCHA 2018, citant les chiffres du Cadre Harmonisé (Phases 3 and 4) du Dispositif de Prévention et de Gestion des Crises Alimentaires.

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<sup>5</sup>. 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.<sup>6</sup>

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 niveau national, la prévalence (MAG) varie entre 0,4% dans la région de Kidal et 4,2% pour la région de Mopti.<sup>7</sup>.

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<sup>8</sup>.

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)<sup>9</sup>.

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 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

<sup>&</sup>lt;sup>5</sup> Bulletin humanitaire Mali, OCHA, Mai-Juin 2018

<sup>&</sup>lt;sup>6</sup> Bulletin mVAM/ENSAN Bulletin #2, PAM, Août 2018

<sup>&</sup>lt;sup>7</sup> Enquête Nutritionnelle et de Mortalité Rétrospective de type SMART-2018, Mali

<sup>&</sup>lt;sup>8</sup> HIP 2018, Version 6 – 26/06/2018, ECHO

<sup>&</sup>lt;sup>9</sup> Bulletin humanitaire Niger, OCHA, Avril-Mai 2018,

<sup>10</sup> Évaluation de la situation nutritionnelle par la méthodologie SMART au Niger, résultats préliminaires INS, 2018

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.

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 parentenfant 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 connaître 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 financées 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<sup>11</sup>.

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.

9

<sup>&</sup>lt;sup>11</sup> 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 acteur 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<sup>12</sup>. 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.

<sup>12</sup> 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 plusvalue 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 sociosanitaires 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

### - Situation sécuritaire et déplacement des populations :

Au Mali, la situation sécuritaire a atteint un niveau critique en 2020. Les populations ont un accès limité aux services sociaux de base (santé, éducation, logement, eau, hygiène et assainissement) en raison de la dégradation, du dysfonctionnement et de l'inaccessibilité de nombreuses infrastructures socio-éducatives et sanitaires dans plusieurs localités. La région est confrontée à de multiples défis, parmi lesquels la forte croissance démographique, la pauvreté chronique, un sous-emploi très important, la dégradation des ressources agro-écologiques, une présence limitée des institutions de l'État, des violences sur fond des tensions communautaires et des attaques de plus en plus meurtrières contre les forces de sécurité, ainsi que des civils. Le manque de présence des institutions de l'État dans la majeure partie de la région, ainsi que le climat politique, économique et social, suscitent de plus en plus de frustration et de ressentiment parmi la population de Mopti. La conjonction de tous ces facteurs fragilise encore les moyens d'existence des populations vulnérables et aggrave leur insécurité alimentaire et nutritionnelle.

Dans la Région de Mopti, des affrontements intercommunautaires sont toujours fréquents depuis 2019. Les efforts de médiation n'ont toujours pas produit les résultats escomptés. Un mouvement important de population a été observé en conséquence de l'insécurité persistante et de la perte

des moyens de production. Selon le dernier rapport DTM juillet 2020, la population déplacée dans la région de Mopti a augmenté de 8% par rapport à juin (rapport CMP de juin 2020) avec 118 481 déplacés internes pour la région dont 25 863 pour le seul cercle de Mopti. Cette augmentation confirme l'aggravation des conditions sécuritaires dans les Régions de Mopti, Ségou, Tombouctou, Gao et Ménaka et la bande frontalière Mali-Burkina-Niger au cours des derniers mois, engendrant de plus en plus de déplacements avec une forte concentration dans la région de Mopti. 13

Au Niger, la situation des réfugiés et déplacés s'est d'autant plus dégradée suite aux incursions des groupes armés non étatiques (Boko Haram) et des groupes de bandits qui opèrent des enlèvements contre des rançons et volent des bétails. En effet, la plupart de ces réfugiés et déplacés sont admis dans les centres de santé frontaliers du Nigéria et ceux des villages d'accueil de ces réfugiés. Pour l'ensemble de la région de Maradi, 2 185 ménages de 17 262 personnes déplacés internes ont fait l'objet d'enregistrement à la date du 31 octobre 2020 ; 8 515 réfugiés sont relocalisés à la même date dans les villages d'opportunités.

Au Burkina Faso, la situation sécuritaire ayant rendu certaines zones inaccessibles, une réorientation des activités a été nécessaire vers de nouvelles zones de couvertures dans la province du Seno (Dori) voisine. La mise en œuvre du projet était initialement prévue dans 12 centres de santé sur la province du Yagah (Seba). Compte tenu des contraintes sécuritaires qui engendrent un problème d'accès pour HI, 5 nouveaux centres ont été choisis dans la province du Seno et deux de la province du Yagah ont été remplacés. A ce jour, la situation sécuritaire reste volatile avec de nouveaux déplacements de populations vers la ville de Seba.

#### - Situation nutritionnelle

passant de 10,7% à 12,7%.

**Au Niger**, la situation nutritionnelle des enfants de moins de cinq (5) ans reste toujours préoccupante au stade du présent rapport, restant un problème majeur de santé publique. La prévalence qui varie d'une région à l'autre connait son pic en période de soudure entre avril et octobre. Cette situation est certes liée aux déficits alimentaires chroniques observés notamment en zones rurales où le niveau de vulnérabilité des ménages est plus élevé, mais également aux comportements alimentaires qui ne sont pas toujours favorables à un développement harmonieux des enfants. Elle est aussi le résultat des maladies infectieuses et parasitaires tel le paludisme, la rougeole, les diarrhées, et les infections respiratoires aiguës (IRA) fréquentes chez les enfants. La prévalence de la malnutrition chronique (45,1%) reste encore très élevée, selon le seuil de l'OMS (30%), et similaire à celle de 2019. La prévalence de la MAG (12,7%) est élevée cette année selon les seuils de classification de l'OMS (10%). Elle a augmenté de 2 points par rapport à 2019,

Cette augmentation de la MAG pourrait être expliquée par les mesures de prévention contre la propagation du coronavirus (restrictions de mouvements, isolement de la ville de Niamey etc.), la fermeture de frontières avec le Nigeria, la crise pastorale dans les régions de Diffa, Agadez et nord Maradi et les inondations. Les régions les plus touchées par le retard de croissance sont Maradi (58,0%) et Zinder (55,8%).

**Au Burkina Faso**, compte tenu de la situation sécuritaire, l'enquête SMART n'a pas pu être réalisée dans la province du Yagha pour 2019.

Les données collectées en 2019 (voir tableau ci-dessous) montrent une augmentation du taux de prévalence de la malnutrition aigüe globale (MAG), du retard de croissance et de l'insuffisance pondérale au niveau régional. La province du Yagha est particulièrement affectée par la crise sécuritaire depuis quelques mois avec une multiplication des incidents impliquant des groupes armés ; cela a mené à d'importants déplacements de populations, à un départ partiel de nombreux représentants de l'Etat et à la fermeture de certains services sociaux de base (santé ou éducation par exemple) ce qui n'a pas favorisé la collecte des données pour 2019.

L'évaluation des besoins montre bien que la malnutrition est devenue un problème de santé publique et reste toujours une situation préoccupante au Burkina Faso.

-

<sup>&</sup>lt;sup>13</sup> Rapport DNDS (direction Nationale du Développement social), Matrice de suivi des déplacements, Juillet 2020.

Province	Malnutrition	aigüe globale	Retard de croissance		Insuffisance pondérale	
FIOVILICE	2018	2019	2018	2019	2018	2019
Seno	13,3%	16,5%	45,9%	43,2%	35,6%	36,3%
Yagha <sup>14</sup>	11,1%	-	45%	-	32,8%	-
Région Sahel	12,8%	15,1%	42,2%	43,1%	31,3%	32,9%

<u>Tableau comparatif des prévalences de la malnutrition au niveau régional et des deux provinces</u> d'intervention

**Au Mali**, les résultats issus de cette enquête SMART 2019 ne montrent pas une amélioration de la situation par rapport à l'année précédente (2018). La prévalence nationale de la malnutrition aigüe globale est de 9,4% [8,7-10,2] (contre 10% en 2018) qui correspond à une situation nutritionnelle sérieuse selon la classification de l'OMS. Cette situation a été observée dans, quatre (4) régions sur les onze (11) enquêtées avec des prévalences de la malnutrition aigüe globale comprises entre 10 et 14%. Il s'agit de Gao (11,6%), Tombouctou (13,1%), Kidal (11,0%) et Taoudénit (11,0%). En outre, la région de Ménaka (15,3%) se trouve dans une situation critique car sa prévalence dépasse 15% selon les normes de l'OMS. Toutes les autres régions (Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou et Mopti) en plus du district de Bamako se trouvent dans une situation précaire.

La prévalence nationale de la malnutrition chronique (retard de croissance) est de 26,6% [25,1-28,1]. Au niveau régional, l'examen de ces résultats montre que la prévalence varie d'une région à une autre avec la plus faible prévalence (11,9%) à Taoudénit et la prévalence la plus élevée (34,6%) à Mopti suivi de Sikasso (31,7%). L'analyse de ces résultats sur l'échelle de classification de l'OMS a permis de dégager trois situations à savoir :

- Une situation acceptable (avec une prévalence inférieure à 20%) dans les régions de Kayes, Tombouctou, Kidal, Taoudénit et dans le District de Bamako ;
- Une situation précaire caractérisée par une prévalence entre 20% et 29% est observée dans les régions de Koulikoro, Ségou, Gao et Ménaka ;
- Une situation sérieuse (prévalence entre 30 et 39%) prévaut dans les régions de Mopti et Sikasso.

La situation nutritionnelle par rapport à l'insuffisance pondérale au niveau national en 2019 est de 18,1% [17,0-19,3] contre 18,6% [17,2-20,1] en 2018. L'examen de ces résultats révèle une prévalence variable d'une région à une autre, oscillant entre 10,4% dans la région de Taoudénit et 24,3% dans la région de Ménaka. L'analyse de ces résultats sur l'échelle de classification de l'OMS permet de dégager deux situations distinctes à savoir :

- Une situation sérieuse dans les régions de Ségou (19,1%), Mopti (20,1%), Gao (19,6%) et Ménaka (24,3%);
- et une situation précaire (avec une prévalence entre 10 et 19%) dans toutes les autres régions.<sup>15</sup>

Ces taux restent d'autant plus inquiétants lorsqu'on sait que la malnutrition a des effets dévastateurs sur le développement holistique des jeunes enfants et lorsque les violences s'intensifient de jour en jour dans la région.

#### - Situation sanitaire :

Au Mali, l'apparition du COVID-19 le 25 mars 2020 (1er cas répertorié) a été suivie de mesures de confinement assez strictes, avec notamment la fermeture des frontières. Suite à la survenue de la pandémie de COVID 19, un plan de contingence à la crise nutritionnelle a été élaboré par les acteurs du cluster nutrition de la Région de Mopti. L'objectif global de ce plan de contingence étant d'appuyer les autorités régionales dans la mise en place d'une réponse en temps réel et de manière coordonnée afin de minimiser les conséquences humanitaires qui pourraient survenir lors d'une crise d'expansion de la pandémie de COVID-19 dans la région de Mopti. En riposte à la pandémie,

<sup>&</sup>lt;sup>14</sup> Compte tenu de la situation sécuritaire, l'enquête SMART n'a pas pu être réalisée dans la province du Yagha pour 2019

<sup>&</sup>lt;sup>15</sup> Enquête Nutritionnelle et de Mortalité Rétrospective de type SMART-2019, Mali

les recommandations internationales et celles du cluster nutrition d'avril 2020 ont mis l'accent sur le maintien des activités nutritionnelles avec des ajustements à faire (l'accroissement des besoins du fait de la crise et ses effets sur l'accès aux services sociaux de base) en tenant compte des mesures barrières et autres recommandations nationales.

Au Niger, le 1er cas de COVID-19 a été enregistré le 19 mars 2020, avec un total de 7 cas positifs au COVID-19 enregistrés dans la région de Maradi. Les activités ont alors été impactées par les mesures mises en place par le gouvernement pendant cette période pour éviter la propagation. Le gouvernement nigérien a décidé de lever le couvre-feu et l'isolement de la ville de Niamey, respectivement le 13 et le 15 Juin 2020. A noter que le pays est, depuis le mois de Novembre, touché par une 2ème vague qui prend de l'ampleur. Le gouvernement a d'ailleurs décidé de suspendre les ateliers et séminaires et de renforcer le respect des gestes barrières dans les lieux de travail.

Au Burkina, les premiers cas ont été reportés dès le 9 mars dans la capitale. Comme dans les autres pays de la sous-région, la situation sanitaire a eu un impact considérable sur l'ensemble des activités du projet. Entre mars et juin 2020, le gouvernement a ordonné la fermeture des frontières aériennes et terrestres ; la fermeture des bars, restaurants et marchés publics ; des restrictions de mouvements entre les villes touchées dont Ouagadougou et Bobo-Dioulasso ; et d'autres en fonction de l'apparition des cas de COVID 19. Un couvre-feu a également été décrété sur tout le territoire, ainsi que l'interdiction de rassemblement de plus de 50 personnes et la suspension des séminaires et ateliers de formation. Bien que la plupart de ces mesures aient été levées fin juin 2020, les frontières terrestres n'ont pas officiellement rouvertes entre le Burkina et les pays voisins. Avec la deuxième vague fin novembre 2020, le nombre de cas et de décès ne cesse d'augmenter, si bien que le gouvernement a souhaité renforcer les mesures prises précédemment, sans qu'une amélioration ne soit pour le moment constatée. Au sein de HI Burkina, le comité de suivi de la situation de la lutte anti COVID-19 a été réactivé avec les consignes de respect des mesures barrières et de distanciation pour toutes les activités terrain, y compris la sensibilisation des partenaires.

#### - Situation environnementale

Au Niger, les inondations ont mis la population dans une situation délicate sans précèdent avec des maladies diarrhéiques et une vulnérabilité alimentaire accrue des ménages affectés. Pour l'ensemble de la région de Maradi, 79 226 ménages dont 20 041 à Madarounfa ont été identifiés.

Au niveau environnemental la situation est restée stable au Burkina Faso.

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

Concernant le Burkina Faso, il était prévu la construction et la dotation en matériels de douze (12) espaces de stimulations. Le besoin d'un nouvel espace s'est manifesté au niveau du Centre Médical Urbain de Dori qui a ouvert un nouveau CRENI. L'équipe du projet a été approchée par les autorités sanitaires de Dori en vue de solliciter la construction d'un nouvel espace. Le projet a donc prêté une oreille attentive à leur doléance au regard de la flexibilité budgétaire (disponibilité et éligibilité des fonds) qui le permettait. La construction de ce nouvel espace a été finalisée en novembre 2021.

### ORGANISATION HUMANITAIRE DANS LA ZONE D'INTERVENTION

# 2.6 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.

# 2.7 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.

# 2.8 [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

Au Mali, Humanité & Inclusion a exécuté d'autres projets dans la région de Mopti sur différentes thématiques : le projet CARE sur l'assistance aux victimes de conflit, le projet ACTIF sur l'alphabétisation et la formation professionnelle, le projet Atlas Logistique sur la mutualisation du transport et du stockage à destination des acteurs humanitaires, et enfin le projet PROTECT sur la lutte contre les violences basées sur le genre en contexte de Covid. Le projet Passeport est ainsi le seul à soutenir la thérapie de stimulation dans les URENI/URENAS, ce qui évite tout risque de double financement.

Au Burkina Faso, HI met en œuvre dans cette zone un projet multisectoriel de « Résilience et de cohésion sociale (RECOSA) » en consortium avec ses partenaires comme Vétérinaires Sans Frontières Belgique (volet Cheptel), la Croix Rouge Espagnole (Agriculture et environnement), A2N (Cohésion sociale) et Médecin du Monde Espagne (santé-nutrition). HI intervient dans le volet santé-nutrition, notamment au niveau de la stimulation et de la kinésithérapie mais n'intervient que dans les zones non couvertes par le projet PASSEPORT pour Grandir, ce qui permet d'éviter les risques de double financement.

Enfin, au Niger, HI est le seul acteur dans la zone intervenant sur les activités de stimulation. Ces activités de stimulation sont mises en œuvre en complémentarité avec les interventions de MSF qui intervient dans le DS de Madarounfa pour la prise en en charge de enfants malnutris. Cette organisation fait de la prise en charge médicale et nutritionnelle tandis que HI complète avec le volet stimulation. Les staffs affectés par cette organisation ont été formés sur le volet stimulation psycho cognitive des enfants malnutris. Dans la zone ciblée par le projet, HI n'intervient que dans le cadre du présent projet.

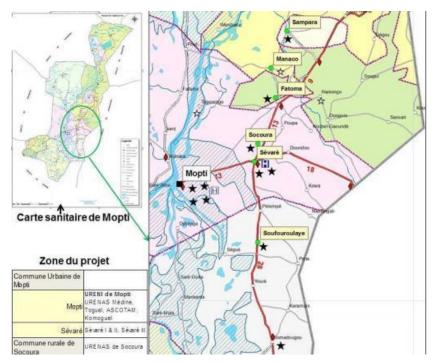
#### 3. CADRE OPÉRATIONNEL

3.1 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.

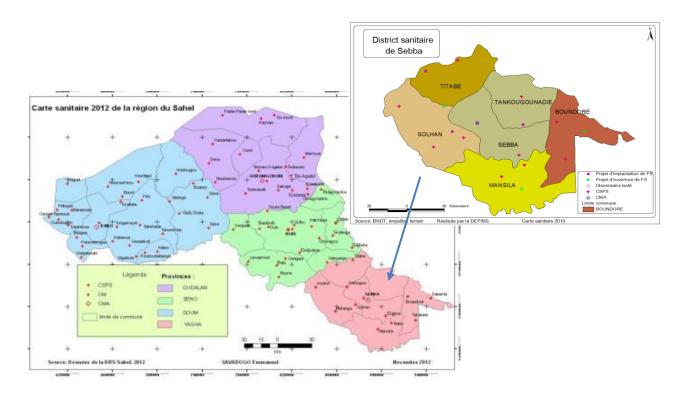
### → Soit un 1 CRENI et 12 CRENA



## 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;

## $\rightarrow$ soit 1 PCI et 11 PCA.



## 3.2 Bénéficiaires

# 3.2.1 Nombre total de bénéficiaires directs :

	Mali	Niger	Burkina	Total
			Faso	
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.

# 3.2.2 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.

#### 3.2.3 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.

# 3.2.4 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.

### 3.2.5 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	Total
			Faso	
Population totale des districts sanitaires ciblés par le programme	222 705	280 453	235 467	638 725

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

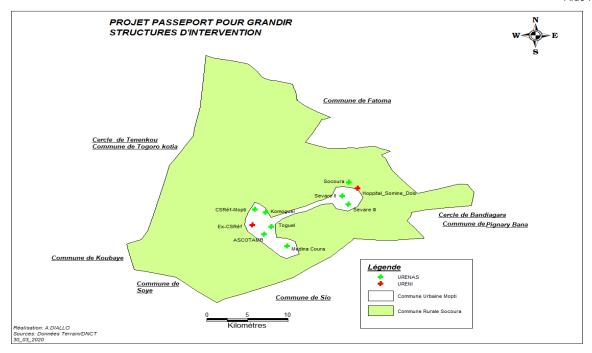
### 3.2.7 [INT] En cas de changement, veuillez expliquer

### - Localisations exactes de l'action

Au Niger et au Burkina Faso, un changement de zones d'intervention a dû être opéré en raison de la situation sécuritaire. En effet, au Niger, du fait de l'inaccessibilité de certaines zones, deux nouveaux CRENAS ont été ciblés. Il s'agit du CRENAS de ANGOUALMATA (DS de Madarounfa) et du CRENAS de GOULBAWA (DS de Madarounfa), qui ont remplacés les deux CRENAS inaccessibles de Maraka et de Tchidafawa. Au Burkina Faso, en raison de l'inaccessibilité de certaines zones, de la fermeture de certaines formations sanitaires et du départ des agents de santé, ainsi que des mouvements de population suite aux menaces des groupes armés, il a également été nécessaire de procéder à une réorientation vers de nouvelles zones pour faciliter l'implémentation des activités et assurer la prise en charge des personnes vulnérables. Ces modifications ont fait l'objet d'une demande formelle en date du 29/06/2020. Les nouvelles structures ciblées sont présentées dans le tableau ci-dessous :

Structures initiale	ement ciblées	Structures désormais ciblées			
Centre de santé	Etat au 31/03/2020	Centre de santé	District Sanitaire	Communes	
PCA Boundoré	Fonctionnement réduit	CSPS de Batibogou	SEBBA	Titabe	
PCA Habanga	Fonctionnement réduit	CSPS de N'Djomga	DORI	Dori	
PCA Higa	CSPS fermé et zone désormais inaccessible pour HI	CSPS de Wendou	DORI	Dori	
PCA Kirgou	CSPS fermé et zone désormais inaccessible pour HI	CSPS de la cité Force vive	DORI	Dori	
PCA Mansila	Zone inaccessible	CMU Sebba	SEBBA	Sebba	
PCA Takatami	CSPS fermé et zone désormais inaccessible pour HI	CSPS de Seytenga	DORI	Seytenga	
PCA Tiabongou	Zone inaccessible	CSPS de M'BAMGA	DORI	Dori	
PCA Gatougou	Fonctionnement réduit	Pas de changement	SEBBA	Solhan	
PCA Sambagou	Fonctionnement réduit	Pas de changement	SEBBA	Solhan	
PCA Solhan	Fonctionnement réduit	Pas de changement	SEBBA	Solhan	
PCA Titabé	Fonctionnement réduit	Pas de changement	SEBBA	Titabe	
PCI Sebba	Fonctionnement réduit	Pas de changement	SEBBA	Sebba	

**Au Mali**, il n'y a pas eu de changements quant aux zones d'intervention. L'équipe HI Mali a néanmoins souhaité produire une nouvelle carte d'intervention, plus précise que celle partagée au stade de la proposition de projet et mettant en évidence les 2 URENI et les 7 URENAS ciblés.



#### - Bénéficiaires

Au Mali, 15 bénéficiaires additionnels ont été identifiés. Il s'agit de 15 professionnels de la réadaptation, membres de l'association des Kinésithérapeutes du Mali (AKIMA) des différents centres de rééducation et de réadaptation fonctionnelle à travers le pays. Ils seront identifiés par l'association en fonction de leur technicité et de leurs capacités à dupliquer les compétences acquises et assurer le plaidoyer sur le plan national. Ces nouveaux bénéficiaires s'inscrivent dans le cadre du renforcement de capacités des membres de l'association et la promotion de la thématique "thérapie de stimulation de la petite enfance" développée par HI au cours de ce projet.

### 3.2.8 [FIN] En cas de changement, veuillez expliquer

Le Burkina Faso et le Niger ont connu une modification de localisation des activités. Au Burkina Faso, cette modification est due à l'inaccessibilité de certaines zones, à la fermeture de certaines formations sanitaires et au départ des agents de santé, ainsi que des mouvements de population suite aux menaces des groupes armés. Il a également été nécessaire de procéder à une réorientation vers de nouvelles zones pour faciliter l'implémentation des activités et assurer la prise en charge des personnes vulnérables. Ces modifications ont fait l'objet d'une demande formelle en date du 29/06/2020. Les nouvelles structures ciblées sont présentées dans le tableau ci-dessous :

Structures initia	lement ciblées	Structures désormais ciblées			
Centre de santé	Etat au 31/03/2020	Centre de santé	District Sanitaire	Communes	
PCA Boundoré	Fonctionnement réduit	CSPS de Batibogou	SEBBA	Titabe	
PCA Habanga	Fonctionnement réduit	CSPS de N'Djomga	DORI	Dori	
PCA Higa	CSPS fermé et zone désormais inaccessible pour HI	CSPS de Wendou	DORI	Dori	
PCA Kirgou	CSPS fermé et zone désormais inaccessible pour HI	CSPS de la cité Force vive	DORI	Dori	
PCA Mansila	Zone inaccessible	CMU Sebba	SEBBA	Sebba	
PCA Takatami	CSPS fermé et zone désormais inaccessible pour HI	CSPS de Seytenga	DORI	Seytenga	
PCA Tiabongou	Zone inaccessible	CSPS de M'BAMGA	DORI	Dori	
PCA Gatougou	Fonctionnement réduit	Pas de changement	SEBBA	Solhan	
PCA Sambagou	Fonctionnement réduit	Pas de changement	SEBBA	Solhan	
PCA Solhan	Fonctionnement réduit	Pas de changement	SEBBA	Solhan	
PCA Titabé	Fonctionnement réduit	Pas de changement	SEBBA	Titabe	
PCI Sebba	Fonctionnement réduit	Pas de changement	SEBBA	Sebba	

Au Niger, en raison des conditions de sécurité dégradées, rendant l'accès à certaines aires de santé impossible, le projet a dû remplacer les centres d'intervention de la commune de Gabi par des centres situés dans la commune Madarounfa et Djiratawa.

### 3.2.9 [FIN] Estimation par type de bénéficiaires

Femmes: 83 052		25.53%,		Hommes: 55 162	16.95%
Nourrissons (< 5 ans): 29035	8.92 %,	Enfants (<18 ans): 47866	14.71 %,	Personnes âgées: 110 164	33.86 %

Femmes : (Niger) 36 958 (50.99%) + (Mali) 18 810 (72,11%) + (BF) 27284 (69%) = 83 052 Nourrissons : (Niger) 13713 (18%) + (Mali) 4 142 (15,88%) + (BF) 11180 (28,18%) = 29 035 Enfants : (Niger) 12 826 (26,79%)+ (Mali) 7 800 (16,29%) + (BF) 27240 (56,90%) = 47 866 Hommes : (Niger) 35 512 (40.01%) + (Mali) 7 274 (27,89%) + (BF) 12376 (31%) = 55 162 Personnes âgées : (Niger) 72470 (65,78%) + (Mali) 14 142 (12,83%) + (BF) 23 552 (21,37%) = 110 164

Les personnes âgées ne faisaient pas initialement partie de la cible. Cependant, via les activités communautaires et les séances de sensibilisation, un grand nombre d'entre elles, faisant partie des la famille ou de l'entourage proche des enfants bénéficiaires des activités de stimulation, ont été touchés.

Concernant la population de nourrissons touchée, le projet atteint près du double de ce qui était prévu. Cela s'explique notamment par le fait que les zones du projet connaissent d'important flux

de population jouant sur la fluctuation des bénéficiaires. En effet, au moment des estimations de bénéficiaires seules les populations des zones ciblées sont prises en compte, sans compter les personnes en déplacement dans la zone. In fine, ces personnes en déplacement sont elles aussi susceptibles d'être bénéficiaires des activités de stimulation une fois présentes dans la zone. Dans un second temps, cet écart peut s'expliquer par la modification de zone d'intervention notamment dû aux raisons sécuritaires, qui ont également fait varier le nombre de bénéficiaires initialement ciblés.

	Mali	Niger	Burkina	Total
Enfants de moins de 5 ans malnutris aigus sévères attendus dans les services nutritionnels ciblés et qui recevront des soins de stimulation précoce	3835	13713	6329	23 877
Dont enfants à risque élevé de séquelles invalidantes, ayant amélioré leur score de développement	251	530	331	1112
Parents ou tuteurs des enfants malnutris	7473	27426	16008	50 907
Membres de la famille élargie des enfants malnutris et autres membres de la communauté	14142	83846	23 552	121 540
Personnels de santé et des services sociaux	26	37	42	105
Acteurs locaux, agents et leaders communautaires	312	94	155	561
Acteurs et autorités régionales et nationales	48	38	120	206
Total	25 836	125 154	46 206	197 196

## 3.3 Objectifs, résultats et activités

## 3.3.1 Aperçu opérationnel de l'action: cadre logique<sup>16</sup> (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 Termepour grandir						
Objectif principal	Prévenir et limiter les complicati aiguë sévère au Mali, au Burkin	ons et les séquelles invalidantes de la malnutr a Faso et au Niger	ition des enfants de moins de 5	ans souffrant de malnutrition			
	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	<ul> <li>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</li> <li>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.</li> <li>Les activités de stimulation d'au moins 70% des aires de santé ciblées font l'objet de supervisions par le ministère de la santé</li> </ul>	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	<ul> <li>100% des 34 services nutritionnels ciblés disposent d'un espace de stimulation fonctionnel et de personnels formés à la stimulation</li> <li>Au moins 85% des enfants malnutris aigus sévères admis dans les services nutritionnels ciblés ont reçu des soins de stimulation adaptés à leurs besoins</li> </ul>	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 d'activités des espaces de	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 formation des nouveaux			

<sup>&</sup>lt;sup>16</sup> 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.

		<ul> <li>Au moins 95% des accompagnants des enfants admis au sein des services nutritionnels sont impliqués dans les activités de stimulation d'éveil.</li> </ul>	stimulation sur la base des fiches journalières d'activités	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	<ul> <li>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</li> <li>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</li> <li>Au moins 600 familles ayant reçu un suivi et des conseils personnalisés à leur domicile pratiquent la stimulation d'éveil au quotidien</li> </ul>	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	<ul> <li>Une feuille de route sur le déploiement de la stimulation précoce est définie pour les régions où la prévalence de la malnutrition est élevée</li> <li>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</li> <li>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.</li> </ul>	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	kinésithérapeutes interv 2. Mobilisation et formation	erapie de stimulation et à la prise en charge des renant sur le programme et dans les actions de n des professionnels de santé des services nut plication de la stimulation d'éveil	formation	L'engagement et la disponibilité des responsables locaux permettent de valider

- 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
- 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.

#### <u>R2.</u>

- 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

#### <u>R3.</u>

- 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

### 3.3.2 Informations plus détaillées par résultat<sup>17</sup>

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

#### 3.3.2.1.1 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 :

 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, 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.

<sup>&</sup>lt;sup>17</sup> 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).

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 adulteenfant 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.

### 3.3.2.1.2 Rapport intermédiaire

Mise à jour<sup>18</sup> des indicateurs

A la date du rapport :

- **78**% des 34 services nutritionnels ciblés disposent d'un espace de stimulation fonctionnel et de personnels formés à la stimulation
- 83% des enfants malnutris aigus sévères admis dans les services nutritionnels ciblés ont reçu des soins de stimulation adaptés à leurs besoins
- 88% des accompagnants des enfants admis au sein des services nutritionnels sont impliqués dans les activités de stimulation d'éveil.

Les détails par pays sont exposés comme suit :

#### Au Mali:

- 100% des 9 centres de re-nutrition de la région de Mopti abritent une aire de jeu appropriée et aménagées par le projet. Ces espaces servent de lieu de stimulation d'enfants et autres activités connexes en lien avec les enfants malnutris et leurs parents admis au sein des URENI/ URENAS respectives. L'ensemble des 9 services nutritionnels disposent de personnels formés aux soins de stimulation psycho-cognitive adaptés aux enfants malnutris aigus sévères.
- 75% des enfants malnutris aigus sévères admis dans les services nutritionnels (URENI/ URENAS) ciblés ont reçu des soins de stimulation d'éveil adaptés à leurs besoins et montrent une amélioration significative des sphères de développement par rapport à leurs bilan d'entrée.
- 81% des accompagnants des enfants admis au sein des services nutritionnels sont impliqués dans les activités de stimulation d'éveil.

#### Au Niger:

- 100% des 13 services nutritionnels ciblés disposent d'un espace de stimulation fonctionnel et de personnels formés à la stimulation
- 92% des enfants qui ont bénéficié de kinésithérapie montrent une amélioration de leur score de développement psychomoteur entre le bilan d'entrée et le bilan effectué à la sortie
- 98% des accompagnants des enfants admis au sein des services nutritionnels sont impliqués dans les activités de stimulation d'éveil

<sup>18</sup> La mise à jour et les explications doivent porter tant sur les progrès que sur les changements faits par rapport à la proposition.

#### Au Burkina Faso:

- 33% des 12 services nutritionnels ciblés disposent d'un espace de stimulation fonctionnel et de personnels formés à la stimulation<sup>19</sup>.
- 82% des enfants malnutris aigus sévères admis dans les services nutritionnels ciblés ont reçu des soins de stimulation d'éveil adaptés à leurs besoins et montrent une amélioration significative des sphères de développement par rapport à leur bilan d'entrée.
- **85%** (3 737) des accompagnants des enfants admis au sein des services nutritionnels sont impliqués dans les activités de stimulation d'éveil.

### Mise à jour<sup>4</sup> des bénéficiaires (statut + nombre)

Au stade du présent rapport, les bénéficiaires sont :

- 14 842 enfants de moins de 5 ans souffrant de Malnutrition Aiguë Sévères sur les sites d'intervention, et 32 113 parents (ou tuteurs)
- 96 personnels de santé et des services sociaux intervenant dans les services nutritionnels
   Ci-dessous les détails par pays d'intervention :

#### Au Mali:

- 2 542 enfants de moins de 5 ans souffrant de Malnutrition Aiguë Sévères (sur 3 407 prévus) ont été stimulés sur les sites d'intervention au Mali, et 5 527 parents ou tuteurs (sur 6 814 prévus) sont impliqués dans les activités d'éveil sur les espaces aménagés à cet effet.
- 26 personnels de santé et des services sociaux intervenant dans les services nutritionnels, ont bénéficié de renforcement de capacités (formation) dans le cadre d'une prise en charge holistique pour le développement du jeune enfant malnutri.

### Au Niger:

- 8382 enfants de moins de 5 ans souffrant de Malnutrition Aiguë Sévères et modérés, et 16 764 parents ou tuteurs sur les sites d'intervention à la date du rapport Intermédiaire.
- 28 professionnels du domaine paramédical et social

#### Au Burkina Faso:

- 3 918 bénéficiaires de la stimulation ont participé au moins à 5 séances de stimulation précoce dans les espaces aménagés et, 9 822 parents et tuteurs
- 42 professionnels du domaine paramédical et social (38 agents de santé et 4 agents de la DPFSNF)

## - Mise à jour<sup>4</sup> des activités

#### Atelier d'imprégnation et lancement du Projet :

Le projet a officiellement démarré à Bamako lors de l'atelier d'imprégnation réunissant 19 participants provenant de 3 pays (Mali, Niger et Burkina) du 29 Juillet au 1er Aout 2019. Cet atelier a permis aux équipes pays, de créer ensemble un espace de communication, de collaboration et de partage mais aussi de dégager les rôles et responsabilités de chaque acteur dans la mise en œuvre de ce projet multi-pays. Un accent particulier a été mis sur la capitalisation du projet précédent ESSPOIR et d'autres expériences dans la stimulation psycho-cognitive, le partage du cadre de pilotage du projet et l'adaptation / création et adoption collaborative des outils d'identification, de suivi-évaluation et des protocoles de prise en charge.

<sup>19</sup> A noter que ce faible taux s'explique par l'inaccessibilité de certains centres de santé par les entrepreneurs pour cause d'insécurité pendant la période. Le problème est maintenant résolu et les constructions débuteront en début février.

**Au Mali**, afin de répondre aux exigences du processus de planification, suivi, évaluation des projets et programmes chez HI, un atelier de lancement du projet a été organisé à Mopti le 10 octobre 2019 auquel ont pris part les autorités régionales et locales, les partenaires et organisations cibles du projet et l'équipe HI.

Au Burkina, le lancement des activités est intervenu début juillet 2019, et au Niger, les activités ont véritablement démarré en octobre 2019, à la suite de l'atelier.

# <u>Activité 1.1</u>. Formation à la kinésithérapie d'éveil et à la prise en charge des cas sévères pour les kinésithérapeutes intervenant sur le programme et dans les actions de formation.

Dans le souci d'assurer la pérennité des activités sur le terrain, une formation de formateurs a été organisée au Niger sur la "Thérapie de Stimulation de la Petite Enfance" (TS-PE). Cette formation tenue du 21 au 25 octobre 2019 a permis de renforcer les compétences techniques de **12** professionnels kinés sur 6 initialement prévus pour les 3 pays.

**Au Mali**, 2 kinésithérapeutes ont participé à cette session dont un kiné du projet afin d'intervenir dans les services nutritionnels ciblés au Mali sur toute la durée programme et un kiné de l'association des kinésithérapeutes du Mali en tant que personne-ressource, appelée à collaborer aux formations et activités de sensibilisation sur l'approche kinésithérapique d'éveil.

**Au Niger**, à l'issue de l'atelier d'Octobre 2019, 7 kinésithérapeutes ont été formés : 4 de HI et 3 des associations des kinésithérapeutes sur une prévision de 6 soit 117%.

La formation avait pour objectif de permettre aux participants de maitriser les outils et les techniques de kinésithérapie d'éveil pour assurer les séances individuelles et de suivi des activités de stimulation d'éveil en séances de groupe dans les services nutritionnels.

Les suivis post-formation ont permis de faire le constat que les kinés formés sont désormais en mesure de faire les bilans des enfants identifiés en se basant sur une échelle de mesure du développement. Il ressort également des suivis post-formation la maîtrise, par les kinésithérapeutes, des protocoles et techniques de réadaptation, particulièrement la stimulation des chaines neuromusculaires et l'établissement d'un plan de réadaptation individuel avec l'implication des parents de l'enfant.

**Pour le Burkina**, 3 agents ont participé à la formation des kinésithérapeutes organisée à Niamey, y compris un chargé du volet rééducation fonctionnelle (kinésithérapeute) de HI et 2 kinésithérapeutes de l'association des kinésithérapeutes du Burkina.

# <u>Activité 1.2</u>. Mobilisation et formation des professionnels de santé des services nutritionnels et des agents sociaux à la mise en application de la stimulation d'éveil

En amont du démarrage des activités du projet, **une formation des formateurs régionaux** des trois pays du projet a été initiée afin d'assurer une intégration durable des activités de stimulation dans le protocole de soin des services nutritionnels ciblés.

Au Mali, un pool de 4 formateurs a été constitué au Mali pour assurer les formations et supervisions des personnels des services nutritionnels pendant et après le programme. Ces formateurs régionaux ont été identifiés au niveau de la Direction Régionale de la Santé, de l'Hôpital Sominé DOLO, du District sanitaire de Mopti (Mali) et de la section petite enfance de l'Académie d'Enseignement de Mopti en fonction de leur implication dans les précédentes actions dans la région. Cette formation a été dispensée à Bamako du 23 au 27 septembre 2019 par un expert technique de HI avec la participation de plusieurs experts (petite enfance, pédiatre, kinésithérapeute, nutritionniste...) travaillant de longue date avec HI au Mali.

Un renforcement de capacités des **agents socio-sanitaires** a été engagé à Mopti du 21 au 25 janvier 2020 en vue de minimiser les conséquences d'une déficience physique et psychomotrice chez les enfants malnutris aigus sévères admis dans les URENI/URENAS cibles. **26 agents ont été formés** aux pratiques de soins pour le développement du jeune enfant, il s'agit de 2 agents du développement social et 24 personnels chargés de la prise en charge nutritionnelle dans les 7 aires de santé couvertes par le projet. Cette formation a permis de renforcer les connaissances et

pratiques des agents sociaux et sanitaires sur les étapes de développement normal de l'enfant, l'éducation parentale, les techniques de stimulation des différentes sphères de développement psychomoteur et l'approche thérapie de stimulation du la petite enfance. Complétant ainsi les compétences de ces agents sur le paquet de prise en charge holistique de l'enfant malnutris conformément au protocole de Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë au Mali (PCIMA).

Au Niger, dans le cadre de l'intégration des activités de stimulation dans la planification des activités de routine des services, une réunion a été tenue le 20 janvier 2020 dans les locaux du district sanitaire de Madrounfa. Cette réunion a vu la participation de 37 participants dont les membres de la DRSP. L'atelier a permis de dégager et ce, de manière participative, les rôles et responsabilités de chaque acteur pour un ancrage institutionnel et communautaire de la stimulation. A la date de ce rapport intermédiaire, les activités de stimulation font partie de la planification des activités de routine dans tous les CRENAS. Pour faciliter le référencement des enfants malnutris sévères vers les kinés et les espaces de stimulation, 4 médecins référents des services nutritionnels internes ont été sensibilisés sur la kinésithérapie pédiatrique et sur le diagnostic du retard moteur. La sensibilisation a permis aux médecins référents de travailler en étroite collaboration avec les kinésithérapeutes dans les CRENI et CRENAS. Les médecins évaluent ainsi les enfants lors de leur visite de consultation de routine puis réfèrent ceux qui ont besoin des soins de kinésithérapie sur la base d'une fiche préétablie (fiche d'évaluation et de référencement). La sensibilisation a permis d'avoir une vraie collaboration entre les Médecins et les kinésithérapeutes du projet, notamment au niveau du CRENI.

Enfin, les agents professionnels de santé et des agents sociaux des 13 services nutritionnels ciblés ont reçu une formation sur la stimulation d'éveil, l'utilisation du jeu et la relation adulte-enfant de qualité. L'activité a consisté à mobiliser les agents socio-sanitaires autour des enjeux de la stimulation. Ainsi, tous les agents des structures sanitaires ont été sensibilisés sur la question de la stimulation. Du 22 au 24 janvier 2020, deux agents de santé par structure ont été formés, soit un total de 28 agents. Les agents ainsi formés ont à leur tour pu former les relais et mères éducatrices qu'ils superviseront dans leurs activités sur les espaces de stimulation.

Au Burkina Faso, à ce stade du projet, 42 agents socio-sanitaires (38 agents de santé et 4 agents de la DPFSNF) des 12 formations sanitaires ciblées ont été formés et sensibilisés sur la kinésithérapie pédiatrique liée à la nutrition. A noter que certaines formations sanitaires ont été délaissées pour raison d'insécurité au profit de nouvelles formations sanitaires où les agents n'étaient pas encore formés, d'où la nécessité de réaliser une formation à leur profit. Les supervisions se sont déroulées à trois niveaux :

- ✓ Une supervision conjointe agents de santé/équipe projet des acteurs communautaires sur la mise en œuvre des activités terrain. Cette supervision a été conduite de façon hebdomadaire pour voir la cohérence entre les activités terrain et les activités prévues par le projet en vue de déceler tout goulot d'étranglement et proposer des pistes de mitigation.
- ✓ Une supervision conjointe Districts Sanitaires / Equipe projet des agents de santé pour voir le degré d'appropriation des activités par les agents de santé. Cette supervision se fait trimestriellement.
- ✓ Une supervision conjointe Direction Régionale de la Santé/ Districts Sanitaires / Projet PASSEPORT pour constater la mise en œuvre effective des activités au niveau des districts sanitaires et se fait semestriellement.

Après le renforcement des capacités des agents socio-sanitaires pour la mise en œuvre des activités de stimulation et les différents niveaux de supervision, le constat est assez satisfaisant. En effet, on observe une nette appropriation des activités par les agents de santé au niveau des différentes formations sanitaires. Les enfants malnutris à risque avec/ou sans séquelles invalidantes ont systématiquement été référés vers le kinésithérapeute pour une prise en charge. Cependant, il ressort que l'une des difficultés de ces supervisions est la mobilité des agents de santé formés, dans la mesure où certains ne sont plus en poste dans leur formation sanitaire initiale. Pour combler ce gap, des formations sont prévues en 2021 et des rencontres bilan et de

planification des activités du projet au niveau des districts sanitaires se poursuivront pour impliquer plus les agents de santé dans la réalisation des activités de stimulation.

En ce qui concerne les référencements par les médecins / Attaché de Santé, de façon général, il nous est paru judicieux de renforcer les capacités des agents de santés des PCA sur les critères d'identification et de référencement des enfants car au sein des PCA au niveau communautaire, il n'y a pas de médecin et d'attaché de santé. Cette stratégie permettra d'augmenter le nombre d'enfant en kiné.

## <u>Activité 1.3</u>. 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

Au Mali, des espaces de stimulation (aires de jeu) ont été érigés dans chaque centre de re-nutrition couvert par le projet. Au total, 9 espaces d'éveil ont été entièrement aménagés et dotées de visuels de stimulation (poster) et équipement (kits de jeux, tapis d'éveil, nattes, kits d'hygiène, kit réadaptation, banc d'assise, supports d'évaluation...) de façon à garantir un environnement stimulant dans le continuum de soin des enfants malnutris aigus sévères. Un comité de surveillance a été mis en place pour la gestion de ces espaces, l'inventaire du matériel, le maintien de l'hygiène des jouets, le suivi des activités de stimulation par les agents chargés des soins de nutrition sur l'espace, le suivi des activités communautaires par les relais et agents du développement social ainsi que l'appui / conseil au projet quant aux orientations stratégiques et prises de décision. Les enfants malnutris admis dans les unités de récupération et d'éducation nutritionnelle (intensive ou ambulatoire) intègrent systématiquement le programme de stimulation psycho-cognitive mis en place sur ces espaces d'éveil aménagés à cet effet. Des sessions de sensibilisation ont également été organisées au profit des parents et tuteurs d'enfants malnutris 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 et la confection de jouet. Sur l'ensemble de 9 structures sanitaires couvertes, 2 542 enfants malnutris ont participé aux séances collectives de stimulation à la date du 31 janvier 2021. Les séances individuelles sont toutefois privilégiées puisqu'elles permettent de mieux répondre aux besoins spécifiques des enfants. Au total, pour la période concernée, 10 249 séances (soit 4 séances en moyenne par enfant chaque 35 jours) ont été organisées afin de mieux agir sur les sphères de développement psychomoteur durant le séjour de chaque enfant admis au sein des unités de récupération. Des évaluations régulières ont été réalisées dès le 1er contact, suivant un cahier de développement pendant la prise en charge puis à la sortie de l'enfant du programme afin de corriger les retards éventuels sur les différentes sphères de développement psychomoteur. Les enfants ont été intégrés dans les séances collectives de stimulation aussi longtemps qu'ils demeurent dans le tableau de malnutrition. De plus, 22 mères éducatrices ont été identifiées parmi les parents d'enfants malnutris. Ces « mères éducatrices » ont été choisies selon leurs motivations et leurs aptitudes à conseiller les autres mères en utilisant leur propre langage. Leur implication dans les activités d'éveil sur les espaces a permis d'appuyer les professionnels de santé et acteurs communautaires pendant les séances de stimulation, de sensibilisation et lors de certaines activités communautaires.

Au Niger, 13 espaces dont 11 nouvelles constructions ont été aménagés et équipés en jouets et outils de collecte des données validés lors de l'atelier de lancement. Un modèle de hangar a été conçu et validé. Les espaces ont également été équipés en matériels de protection contre la COVID-19 tels les dispositifs de lavage des mains, les gels hydro alcoolisés, les bavettes, l'eau de Javel et le savon liquide. Les séances de stimulation collectives ont démarré après la formation des agents socio sanitaires en Janvier 2020. Les 13 espaces ont été équipés en jouets de stimulation modernes et ceux fabriqués localement, en matériels de fabrication des jouets et outils de collecte des données (fiche de présence, registres, fiches de session de stimulation, fiche fonctionnement de l'espace) et de sensibilisation (Boites à images, Blue box, Fiches conseil sur le développement normal de l'enfant,). Les séances ont été organisées avec 7 mères accompagnées de leur enfant. En plus des séances de stimulation, les mères ont été sensibilisées sur toutes les thématiques en santé/nutrition et sur l'importance de la stimulation. Le contexte de la COVID-19 a

contraint à réorganiser les séances en réduisant la taille des séances pour respecter la distanciation sociale. A la date de ce rapport (fin janvier 2021), **8382 enfants ont reçu au moins 5 séances de stimulation** et autant de mères sensibilisées au sein des unités nutritionnelles.

Au Burkina Faso, la situation sécuritaire n'a pas permis d'aménager l'ensemble des espaces de stimulation prévus pendant la période (fermeture de certains centres, baisse de fréquentation, pandémie et restrictions). Les constructions ont dû être reportées et seront réalisées en février 2021. La pandémie de COVID-19 a également impactée les activités de stimulation collectives, dans le mesure où le nombre d'enfant a dû être réduit par séance. Enfin, la collecte des données relatives à la stimulation et aux admissions a été quelque peu perturbée par la grève des agents de santé. Sur la période, 3918 enfants ont bénéficié de 2926 séances de stimulation.

### <u>Activité 1.4</u>. Déploiement des soins de kinésithérapie en séance individuelle pour les enfants malnutris aigus sévères avec un risque élevé de séquelles invalidantes

Au Mali, les enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère et ayant été identifiés avec retard de développement psychomoteur ont immédiatement été référencés vers le service de réadaptation interne (vers le kinésithérapeute du projet). Les séances de kinésithérapie d'éveil, strictement individuelles ont été tenues sur les mêmes espaces aménagés en conséquence et équipés en matériel de réadaptation au niveau chaque centre. Au total 231 enfants ont bénéficié de service de réadaptation (kinésithérapie d'éveil) sur 273 enfants prévus soit 85% d'atteinte au 31 janvier 2021 pour 1 464 séances réalisées. Chaque enfant a reçu en moyenne 6 séances de kinésithérapie sur une période de 5 semaines maximum (35 jours) en fonction des retards détectés. Sur les 231 enfants pris en charge, 187 ont vu améliorer leurs retards de développement entre l'admission (J1) et la décharge (J35, fin d'une session de prise en charge kiné) soit 81% des 231 enfants malnutris avec un risque élevé de séquelles, pris en charge en kinésithérapie, ayant amélioré leur score du développement psychomoteur entre le bilan d'entrée et le bilan effectué à la sortie. Ce qui dénote de l'impact non négligeable de cette activité sur les enfants après l'épisode de malnutrition aigüe sévère.

Au Niger, les soins de kinésithérapie en séance individuelle ont démarré en novembre 2019, peu après la formation des professionnels d'Octobre 2019. Les matériels de kinésithérapie pédiatrique ont été déployés dans les centres prévus pour les soins. En effet, il a fallu organiser l'activité en grappes où certaines mères se déplacent pour aller dans d'autres CRENAS. Le lieu phare reste le CRENI qui reçoit les enfants des CRENAS de N'yelwa, Safo et CSI urbain ; Le CRENAS de Sarkin Yamma reçoit les enfants de sarkin yamma même et ceux de Moullé ; les enfants de Atchdadakofato, Takalmaoua et Tchizon Kourégué sont admis à Atchidakofato et ceux de Guidan Basso et Toffa sont admis à Dan Issa.

A la date de ce rapport, sur 244 enfants prévus, **372 ont bénéficié des cinq séances requises en soins kiné soit 152%.** Parmi eux, 340 ont amélioré leur score de développement soit 91%.

Au Burkina Faso, seulement 147 enfants ont pu être pris en charge en séance kiné (soit 37% de ce qui était prévu) avec un total de 856 séances kiné d'éveil réalisées.

Sur les **147** enfants PEC en kiné, **112** ont été évalués en J35 et 90 d'entre eux ont vu leur état amélioré, soit 80%.

Le nombre plus faible d'enfants pris en charge sur la période est dû au fait qu'il n'y a pas de médecins dans toutes les formations sanitaires d'intervention pour faire le référencement des enfants pour une prise en charge en kinésithérapie. De ce fait, il est apparu judicieux de renforcer les capacités des agents de santés des PCA (où il n'y a pas de médecin) sur les critères d'identification et de référencement des enfants. Le kinésithérapeute ira aussi en stratégie avancée dans les PCA pour identifier directement les enfants à prendre en charge en kinésithérapie.

#### 3.3.2.1.3 Rapport final

- Indicateurs pour les résultats obtenus

Les indicateurs par pays se désagrègent comme suit :

#### - Au Mali:

- (R1.IOV1) 100% des 09 centres de re-nutrition de la région de Mopti abritent une aire de jeu appropriée et aménagée par le projet. Ces espaces servent de lieu de stimulation d'enfants et autres activités connexes en lien avec les enfants malnutris et leurs parents admis au sein des URENI/ URENAS respectives. L'ensemble des 09 services nutritionnels disposent de personnel formé aux soins pour le développement de la petite enfance et pratiquent la stimulation psycho-cognitive auprès enfants malnutris aigus sévères.
- (R1.IOV2) 81.75% (251/307) des enfants malnutris aigus sévères admis dans les services nutritionnels (URENI/ URENAS) ciblés ont reçu des soins de stimulation d'éveil adaptés à leurs besoins et montrent une amélioration significative des sphères de développement par rapport à leur bilan d'entrée.
- o **(R1.IOV3) 97**% (7261/7473) des accompagnants des enfants admis au sein des services nutritionnels sont impliqués dans les activités de stimulation d'éveil.

#### Au Burkina Faso:

- (R1.IOV1) 100% des 12 services nutritionnels ciblés disposent d'un espace de stimulation fonctionnel et de personnels formés à la stimulation.
- (R1.IOV2) 6329 enfants participent ont reçu des soins de stimulation sur les 8060 admis, soit un taux de 79%.
  - 6329 enfants de la zone d'intervention (11 unités PCA / 1 unit PCI) ont participé à au moins 5 séances de stimulation précoce, dans les espaces aménagés à cet effet, et améliorent leur score de développement psychomoteur et cognitif à la sortie de la prise en charge.
  - 331 enfants ont bénéficié de l'évaluation de leur développement psychomoteur au cours des activités de stimulation à J1 sur 396 prévus pour la fin du projet (soit 84%)
  - 262 enfants (86,5%) ont amélioré leur score de développement psychomoteur et cognitif à la sortie de la prise en charge (J35) sur 303 enfants évalués
- (R1.IOV3) Pour les accompagnant, la cible du projet est 9 876 personnes, elle a été atteinte à 95% (9 382) des accompagnants des enfants admis au sein des services nutritionnels sont impliqués dans les activités de stimulation d'éveil.

#### Au Niger

- o **(R1.IOV1) 100%** des 13 services nutritionnels ciblés disposent d'un espace de stimulation fonctionnel et de personnels formés à la stimulation.
- o **(R1.IOV2) plus de 100%** (449%) ont été stimulés soient 13 713 enfants pour 3 052 ciblés initialement.
  - 100% des enfants qui ont bénéficié de kinésithérapie montrent une amélioration de leur score de développement psychomoteur. Entre le bilan d'entrée et le bilan effectué à la sortie 530 enfants ont été pris en soins kinésithérapie sur 244 enfants planifiés.
- (R1.IOV3) 94% (12826) des accompagnants des enfants admis au sein des services nutritionnels sont impliqués dans les activités de stimulation d'éveil.

#### - Bénéficiaires (statut + nombre)

Au stade du rapport final, les bénéficiaires sont au nombre de :

- **23 877** enfants de moins de 5 ans souffrant de Malnutrition Aiguë Sévère (sur 11 397 prévus) ont participé à au moins 5 séances de stimulation.

 105 personnels de santé et des services sociaux (sur 81 prévus) ont bénéficié de renforcement de capacités dans le cadre d'une prise en charge holistique pour le développement du jeune enfant malnutri.

Les bénéficiaires par pays se désagrègent comme suit :

#### - Au Mali:

- 3 835 enfants de moins de 5 ans (2083 filles et 1752 garçons) souffrant de Malnutrition Aiguë Sévère (sur 3 407 prévus) ont été stimulés sur les sites d'intervention au Mali.
- 26 personnels de santé et des services sociaux (19 femmes, 7 hommes) sur 26 prévus, intervenant dans les services nutritionnels, ont bénéficié de renforcement de capacités (formation) dans le cadre d'une prise en charge holistique pour le développement du jeune enfant malnutri.

#### Au Burkina Faso :

- Sur les 6 329 bénéficiaires de la stimulation, 3 454 filles soit (55%) et 2 875 garçons soit (45%) ont participé au moins à 5 séances de stimulation précoce dans les espaces aménagés à cet effet sur 4 938 prévus.
- Les professionnels du domaine paramédical et social sont au nombre de 42 (38 agents de santé et 4 agents de la DPFSNF et 1 kinésithérapeute)

#### - Au Niger:

- 13 713 enfants ont été stimulés pour 3 052 ciblés initialement ont reçu 5 séances de stimulation
  - 530 enfants ont été pris en soins kinésithérapie sur 244 enfants planifiés.
  - 447 enfants parmi les 530 pris en charge ont amélioré leur score de développement.
- o 37 personnels de santé et des services sociaux ont bénéficié de renforcement de capacités dans le cadre d'une prise en charge holistique pour le développement du jeune enfant malnutri.

#### Activités réalisées

Activité 1.1. Formation à la kinésithérapie d'éveil et à la prise en charge des cas sévères par les kinésithérapeutes intervenant sur le programme et dans les actions de formation.

Tenue en début de projet, la formation de formateurs a été organisée au Niger et a permis de renforcer les compétences techniques de 12 professionnels de kinésithérapie dont 2 femmes.

Parmi eux, **2 kinés maliens** ont pu participer à cette session dont 1 faisant partie du projet, ce qui lui aura permis d'intervenir dans les services nutritionnels ciblés du pays durant la durée du projet, et un second faisant partie de l'association des kinés du Mali.

**Au Burkina**, 3 Kinésithérapeutes ont été formés sur la kinésithérapie pédiatrique liée à la nutrition, dont un chargé de volet rééducation fonctionnelle de HI et deux kinésithérapeutes de l'association des kinés du Burkina.

Concernant les référencements par les médecins / attaché de santé, de façon générale, il est apparu judicieux de renforcer les capacités des agents de santé des PCA sur les critères

d'identification et de référencement des enfants. Au sein des PCA, au niveau communautaire, cette stratégie permettra d'augmenter le nombre d'enfants en kiné c'est ainsi que 38 agents socio sanitaires ont été sensibilisés sur la Kinésithérapie

Enfin pour le **Niger**, 7 kinésithérapeutes ont été formés : 4 de HI et 3 des associations des kinésithérapeutes sur une prévision de 6.

### Activité 1.2. Mobilisation et formation des professionnels de santé des services nutritionnels et des agents sociaux à la mise en application de la stimulation d'éveil

Dans la continuité de l'activité 1.1, une formation des formateurs régionaux avait été initiée en amont du démarrage de projet afin d'assurer une intégration durable des activités de stimulation dans le protocole de soin des services nutritionnels ciblés.

Au Mali, un pool de 4 formateurs a été constitué à Mopti pour assurer les formations et supervisions des personnels des services nutritionnels pendant et après le programme. Ces formateurs régionaux ont été identifiés au niveau de la Direction Régionale de la Santé (1), de l'Hôpital Sominé DOLO (1), du District sanitaire de Mopti (1) et de la section petite enfance de l'Académie d'Enseignement de Mopti (1) en fonction de leur implication dans les précédentes actions au niveau de la région. Au total, ce sont 2 agents du développement social et 24 personnels chargés de la prise en charge nutritionnelle qui auront été formés aux pratiques de soins pour le développement du jeune enfant sur les 7 aires de santé couvertes par le projet. Consolidant ainsi leurs compétences sur le paquet de prise en charge holistique des enfants malnutris.

Au Burkina Faso, 42 agents socio-sanitaires (38 agents de santé et 4 agents de la DPFSNF) des 12 formations sanitaires ciblées ont été formés. Certaines formations sanitaires avaient été délaissées pour raison d'insécurité au profit de nouvelles formations sanitaires, où les agents n'étaient pas encore formés. Suite aux supervisions s'étant déroulées à trois niveaux (agents de santé/équipe projet, districts sanitaires/équipe projet, et enfin Direction Régionale de la Santé/Districts Sanitaire/équipe projet) et au renforcement des capacités des agents socio-sanitaires, on observe une nette appropriation des activités par les agents de santé au niveau des différentes formations sanitaires. Les enfants malnutris à risque avec/ou sans séquelles invalidantes ont systématiquement été référés vers le kinésithérapeute pour une prise en charge.

Au Niger, les activités de stimulation font désormais partie de la planification des activités de routine dans tous les CRENAS. Pour faciliter le référencement des enfants malnutris sévères vers les kinés et les espaces de stimulation, 4 médecins référents des services nutritionnels internes ont été sensibilisés sur la kinésithérapie pédiatrique et sur le diagnostic du retard moteur. Ils évaluent ainsi les enfants lors des consultations et les réfèrent vers les soins de kinésithérapie quand nécessaire. Tous les agents des structures sanitaires ont été sensibilisés sur la question de la stimulation. Du 22 au 24 janvier 2020, deux agents de santé par structure ont été formés, soit un total de 28 agents. Les agents ainsi formés ont à leur tour pu former les relais et mères éducatrices qu'ils supervisent dans leurs activités sur les espaces de stimulation.

## <u>Activité 1.3</u>. 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

**Au Mali**, un total de 9 espaces d'éveil ont été entièrement aménagés et dotés en équipement (kits de jeux, tapis d'éveil, nattes, kits d'hygiène, kit réadaptation, banc d'assise, supports d'évaluation...) et en comités de surveillance de façon à intégrer un environnement stimulant dans le continuum de soin des enfants malnutris aigus sévères.

Au total, ce sont **17 906 séances de stimulation** qui ont été réalisées afin de mieux agir sur les sphères de développement psychomoteur durant le séjour de chaque enfant admis au sein des unités de récupération. Et **3 835** enfants (2083 filles, 1752 garçons) ayant participé aux séances collectives de stimulation à la date du 31 octobre 2021, en privilégiant les séances individuelles permettant de répondre aux besoins spécifiques de l'enfant. Parmi les familles d'enfants malnutris 28 « mères éducatrices » au total sur les 7 aires sanitaires couvertes ont été choisies pour venir en appui aux professionnels de santé via leur implication dans les activités d'éveil au sein des espaces, mais aussi aux acteurs communautaires lors des séances de stimulation et sensibilisation.

Au Burkina Faso, 6 329 enfants ont bénéficié de 4 253 séances de stimulation. A noter que de nombreuses difficultés notamment en lien avec l'insécurité grandissante sur les zones d'intervention du projet, ont eu un impact sur ces activités. En effet, certaines formations sanitaires ont été obligées de fermer. Pour celles restées ouvertes, on a pu observer une forte baisse de fréquentation due à la réticence et la peur des populations de se déplacer. La pandémie de COVID-19 a également impacté les activités de stimulation collectives, avec la réduction du nombre d'enfants par séance.

Au Niger, 13 espaces, dont 11 nouvelles constructions, ont été aménagés et équipés en jouets et outils de collecte des données, validés lors de l'atelier de lancement du projet. Un modèle de hangar a été conçu et validé. Les 13 espaces ont été équipés en jouets de stimulation modernes et ceux fabriqués localement, en matériels de fabrication des jouets et outils de collecte des données (fiche de présence, registres, fiches de session de stimulation, fiche fonctionnement de l'espace) et de sensibilisation (Boites à images, Blue box, Fiches conseil sur le développement normal de l'enfant).

**Plus de 13 713 enfants** ont été stimulés pour 3 052 ciblés initialement ont reçu 5 séances de stimulation. Et plus de 27 426 parents ont reçu des actions de sensibilisation lors du séjour dédié au parents.

### Activité 1.4. Déploiement des soins de kinésithérapie en séance individuelle pour les enfants malnutris aigus sévères avec un risque élevé de séquelles invalidantes

Au Mali, ce sont 307 enfants (186 filles et 121 garçons) qui ont bénéficié de service de réadaptation (kinésithérapie d'éveil) sur 273 enfants prévus soit 112% d'atteinte au 31 octobre 2021 pour 2 179 séances réalisées. Chaque enfant a reçu en moyenne 7 séances de kinésithérapie sur une période de 5 semaines maximum (35 jours) en fonction des retards détectés. Sur les 307 enfants pris en charge, 256 (96 garçons et 160 filles) ont vu améliorer leurs retards de développement entre l'admission (J1) et la fin de la prise en charge par le Kiné (J35) soit 83,38% des 307 enfants malnutris avec un risque élevé de séquelles, pris en charge en thérapie de stimulation (kinésithérapie d'éveil), ayant amélioré leur score du développement entre le bilan d'entrée et le bilan effectué à la sortie. Les enfants dont les scores de développement n'ont pas pu être améliorés ont pour la plupart d'autres pathologies chroniques associées à leurs états nutritionnels telles que la paralysie cérébrale, la trisomie 21, les affections cardiaques etc. inhibant ainsi les efforts déployés durant la prise en charge.

Afin de faciliter la collecte et l'archivage des données, le Mali a expérimenté la digitalisation de l'évaluation des enfants MAS courant la mise en œuvre du projet PPG en transcrivant la version papier des 24 pages en version électronique sur tablette (smartphone) avec le soutien de l'équipe MEAL du programme. Cette numérisation a fait objet de partage d'expérience lors de la visite d'échange tenue en juin 2021 au Burkina Faso avec les 3 pays où il a été question de :

- → Présenter des résultats obtenus de la numérisation durant la mise en œuvre au Mali.
- → Configurer les outils d'évaluation sur les Smartphones des équipes du Niger et du Burkina.
- → Former les équipes du Niger et du Burkina sur l'utilisation et l'analyse des données colletées via l'application **KoBoToolbox**, le suivi de la procédure d'utilisation KOBO.
- → Echanger et harmoniser la base de données des 3 pays.
- → Intégrer cette innovation dans d'autres projets de stimulation notamment RECOSA qui couvre le Burkina et le Niger.

Cette approche basée sur la digitalisation des outils de prise en charge en thérapie de stimulation, a permis aux trois pays d'intervention de :

- Réduire le coût des impressions pour l'évaluation et le suivi des enfants pris en charge ;
- Réduire le temps d'évaluation des enfants par les thérapeutes ;
- Réduire la charge de travail de l'équipe MEAL ;
- Faciliter l'archivage des données et d'éviter les pertes des données.
- Faciliter l'exploitation et l'analyse des données, la recherche de bénéficiaires et la gestion de rendez-vous...

Au Burkina Faso, 331/396 enfants ont pu être pris en charge en séance kiné (soit 84% de ce qui était prévu) avec un total de 1 969 séances kiné d'éveil réalisées. Sur les 331 enfants PEC en kiné, 303 ont été évalués en J35 et 262 d'entre eux ont vu leur état amélioré, soit 86%. Le nombre plus faible d'enfants pris en charge est dû au fait qu'il n'y a pas de médecins dans toutes les formations sanitaires d'intervention pour faire le référencement des enfants pour une prise en charge en kinésithérapie. De ce fait, il est apparu judicieux de renforcer les capacités des agents de santés des PCA (où il n'y a pas de médecin) sur les critères d'identification et de référencement des enfants. La kinésithérapeute n'a pas pu mener ces activités dans toutes les zones dû aux conditions sécuritaires qui se sont dégradées au cours de la mise en œuvre du projet.

**Au Niger**, les soins de kinésithérapie en séance individuelle ont démarré en novembre 2019, peu après la formation des professionnels d'Octobre 2019. Au total, ce sont 530 enfants qui ont bénéficié des cinq séances requises en soins de kiné, parmi lesquels 447 ont amélioré leur score de développement soit 84.33%.

#### Moyens et coûts associés finalement engagés

Au total 393 719 euros ont été engagés pour la réalisation des activités liées au résultat 1 sur les 383 928 prévus soit une consommation de 103%, dont la répartition par pays se trouve comme suit : au **Mali** 137 132 euros, au **Burkina** 114 876 euros et au **Niger** 141 710 euros.

**Au Burkina** l'équipe projet chargée de la mise en œuvre de ce premier résultat était au nombre de 7 personnes (1 chef de projet, 1 superviseur, 1 kinésithérapeute et 4 agents projet).

**Au Mali** il s'agissait de au nombre de 4 personnes (1 chef de projet, 1 responsable volet kinésithérapeute et 02 chargés de suivi terrain).

Enfin pour le **Niger**, au nombre de 7 personnes (1 chef de projet, 1 responsable volet kinésithérapeute, 1 superviseur, et 04 agents projet).

### 3.3.2.2 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

#### 3.3.2.2.1 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.
  - 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<sup>20</sup> 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<sup>21</sup> 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.

### 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.

<sup>21</sup> 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

<sup>&</sup>lt;sup>20</sup> ANJE : Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant

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.

#### 3.3.2.2.2 Rapport intermédiaire

Mise à jour<sup>4</sup> des indicateurs

Au total, pour la période concernée :

- 460 agents communautaires et mère éducatrices ont intégré la stimulation précoce dans leurs actions de sensibilisation et de guidance familiale
- Les initiatives communautaires ont mobilisé 67 971 parents et membres de la famille élargie des enfants malnutris aigus sévères à la continuité de la pratique de la stimulation dans la communauté
- 1 135 familles ayant reçu un suivi et des conseils personnalisés à leur domicile pratiquent la stimulation d'éveil au quotidien.

Le détail par pays d'intervention est disponible comme suit :

Mali

- 312 agents communautaires et mère éducatrices ont intégré la stimulation précoce dans leurs actions de sensibilisation et de guidance familiale sur au moins 50 agents prévus.
- 11 040 parents / tuteurs et membres de la famille élargie ont été sensibilisés, guidés et contribuent au rétablissement des enfants malnutris aigus sévères par la stimulation au quotidien dans l'environnement familial, soit un taux de 54%.
- 333 familles suivi en post-soin à leur domicile et ayant bénéficié de conseils personnalisés pratiquent la stimulation d'éveil au quotidien sur au moins 200 familles prévues.

#### Niger

- **94** agents communautaires de santé et de la petite enfance ont intégré la stimulation précoce dans leurs actions de sensibilisation et de guidance familiale sur 50 prévus soit 188%
- Les initiatives communautaires ont mobilisé au moins 28 705 parents et membres de la famille élargie des enfants malnutris aigus sévères à la continuité de la pratique de la stimulation dans la communauté sur 18312 prévus soit 157%.
- **622** familles ont reçu des suivis et des conseils personnalisés à leur domicile sur la pratique de la stimulation d'éveil au quotidien sur au moins 200 prévus soit 311%

#### **Burkina Faso**

- **54** agents communautaires de santé et de la petite enfance ont intégré la stimulation précoce dans leurs actions de sensibilisation et de guidance familiale
- 28 226 parents, tuteurs, personnes de la famille élargie (sœurs, frères, grands-parents, tantes, oncles, cousins, cousines, neveux...) des enfants ont été touchés par les activités de sensibilisation au niveau sanitaire et communautaire, soit 95%
- 180 familles ont reçu des suivis et des conseils personnalisés sur la stimulation d'éveil au quotidien lors de 360 visites à domicile

#### - Mise à jour<sup>4</sup> des bénéficiaires (statut + nombre)

- 14 842 enfants de moins de 5 ans souffrant de Malnutrition Aiguë Sévère participants aux activités communautaires et 32 113 parents (ou tuteurs) dont 1135 enfants suivis à domicile et leurs parents (ou tuteurs)
- 36 253 autres membres de la famille élargie des enfants de moins de 5 ans souffrant de Malnutrition Aiguë Sévères et autres membres des communautés ciblés
- 460 agents communautaires, leaders communautaires et mères éducatrices

#### Mali

- 2 542 enfants de moins de 5 ans souffrant de Malnutrition Aiguë Sévères ont été pris en charge sur les espaces d'éveil au Mali, 5 527 parents ou tuteurs ont été impliqués dans les activités d'éveil au niveau des aires sanitaires couvertes, 333 enfants suivis à domicile, 1352 parents ou tuteurs pratiquent des soins appropriés au quotidien dans leurs domiciles.
- 11 040 parents, tuteurs et membres de la famille élargie ont été sensibilisés, guidés et contribuent au rétablissement des enfants malnutris aigus sévères par la stimulation au quotidien dans l'environnement familial.
- 312 agents communautaires, leaders communautaires et mère éducatrices ont intégré la stimulation précoce dans leurs actions de sensibilisation et de guidance familiale.

#### Niger

- A la date de ce rapport, 8 382 enfants malnutris aigus sévères ont bénéficié d'au moins 5 séances de stimulation sur 3052;
- 28 705 parents et membres des familles élargies ont participé aux activités communautaires
- 622 enfants sont suivis à domicile sur 200 prévus

94 agents communautaires

#### **Burkina Faso**

- A la date de ce rapport, 3 918 enfants malnutris aigus sévères ont bénéficié d'au moins 5 séances de stimulation sur 4938
- 9 822 parents et tuteurs des enfants ont été touchés par les activités de sensibilisation et 18 404 personnes de la famille élargie (sœurs, frères, grands-parents, tantes, oncles, cousins, cousines, neveux...) des enfants
- 54 acteurs communautaires formés

#### - Mise à jour<sup>4</sup> des activités

### <u>Activité 2.1</u>. 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

L'outil « blue box » développé par HI pour soutenir les interventions de développement de la petite enfance a été adapté au contexte culturel africain dans le cadre de la mise en œuvre de ce projet. Cette adaptation a eu lieu à Mopti au Mali avec le soutien technique des spécialistes santé/réadaptation du projet. Les images, les matériaux et jouets proposés dans la nouvelle version « blue box » ont été adaptés aux réalités du sahel et aux ressources localement disponibles. Les coffrets « blue box », finalisés au mois de mars 2020, ont été reproduits et mis à la disposition de l'ensemble des agents communautaires et agents socio-sanitaires des services nutritionnels.

Ces coffrets finalement adaptés au contexte africain, visent à promouvoir la stimulation des enfants présentant un risque d'acquérir une déficience consécutive à un retard de développement dû 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 puis dans les centres de récupération et d'éducation nutritionnelle (URENI/URENAS).

## <u>Activité 2.2</u>. 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

Au Mali, au regard des capacités communautaires différentes d'une aire de santé à une autre, un atelier de réflexion et de programmation participative a été organisé en janvier 2020 avec les autorités sanitaires, les responsables techniques des centres ciblés et les associations de santé communautaire (ASACO) afin de définir les modalités d'intervention, de suivi et de renforcement des programmes existants. Il a été question à l'issue de cet atelier, de consolider et de compléter le réseau d'agents communautaires déjà actifs, formés pour la plupart à la prévention de la malnutrition et à la santé maternelle et infantile. Ces acteurs communautaires constitués de relais communautaires et membres GSAN (Groupes de Soutien aux Activités Nutritionnelles) ont été identifiés pour leur disponibilité avec l'aide des ASACO et Directeurs Techniques des Centres (DTC) des aires sanitaires concernées. Des sessions de formation pratique ont été organisées à leurs intentions sur les activités à mettre en œuvre au niveau des communautés et dans les familles. Au total, 27 sessions de formation ont été organisées pour 312 acteurs formés sur 50 prévus. Ces formations ont été réalisées de la manière suivante :

- Du 17 au 21/02/2020 : 1 session de formation de 5 jours sur la stimulation psycho-cognitive du jeune enfant malnutri au profit de **14 relais communautaires** dont 2 par aire de santé.
- Du 20/07 au 05/08/2020 : 16 sessions d'une journée au profit au profit des acteurs communautaires composées de mères éducatrice (22) et 160 membres GSAN soit 182 acteurs formés aux pratiques de soin essentiel pour le développement de l'enfant.
- Du 10 au 20/08/2020 : 10 sessions d'une journée à l'endroit des **116 acteurs** GSAN. A noter que les formations organisées au mois d'août 2020 ont été adaptées au contexte COVID en respectant les distanciations sociales, nombre de participants limité à 12, sur de grands espaces aérés, port de masques et lavage systématique des mains. Le nombre élevé de groupe

GSAN fonctionnel par quartier a permis l'implication de l'ensemble des membres GSAN pour l'obtention de résultats escomptés, d'où le grand nombre d'acteurs communautaires formés. Au cours de ces sessions, les agents communautaires, mères éducatrices et acteurs des groupes GSAN ont été formés à l'utilisation des différents supports de sensibilisation interactive, des outils

GSAN ont été formés à l'utilisation des différents supports de sensibilisation interactive, des outils mis à leur disposition : fiches-conseil, posters sur les étapes du développement de l'enfant, coffrets Blue Box, trames de reporting mensuel...

Un accompagnement régulier post-formation est assuré par les chargés de suivi du projet pour les activités ludiques et les sensibilisations organisées dans les centres ou en communauté.

Au Niger, cette activité a consisté dans un premier temps à mobiliser les acteurs et leaders communautaires autour des enjeux des activités du projet au niveau communautaire afin de les faire adhérer. A l'issue de cette mobilisation, 94 acteurs ont été identifiés pour participer activement aux activités de stimulation et de sensibilisation dans 36 communautés initialement identifiées et les 13 centres nutritionnels cibles. Compte tenu des enjeux sécuritaires dans la commune de Gabi, 4 communautés ont été abandonnées pour rester sur 32 actuellement. La formation des acteurs communautaires a été organisée en trois sessions du 20 au 27 juillet 2020. Cette formation a connu un report suite à la situation de la pandémie de la COVID-19 et à l'interdiction par le gouvernement des ateliers et séminaires. Tous les 94 acteurs communautaires ont été formés à la pratique de la stimulation et aux techniques de sensibilisation et de fabrication des jouets à partir des articles recyclés. A la date de ce rapport, tous les espaces de stimulation disposent de jeux fabriqués par les mères à partir des produits locaux. Cette formation a permis aux acteurs communautaires d'intégrer la stimulation dans leurs actions de sensibilisation dans le cadre de la stratégie ANJE et de la promotion de jouets fabriqués à partir des articles recyclés.

Au Burkina Faso, 54 acteurs communautaires ont été formés par le projet en deux sessions au cours des mois de mai et de juin 2020. La formation s'est déroulée en deux phases. Une phase théorique et une phase pratique sur l'animation et la fabrication des jouets à partir des matériaux locaux. Compte tenu du niveau d'instruction faible en français de la cible, la formation a été dispensée en langues locales avec l'appui des partenaires (Direction Provinciale de la Femme, de la Solidarité Nationale et de la Famille et les différents districts sanitaires). Ces acteurs communautaires appuient les agents de terrain et les agents de santé dans la réalisation des séances de sensibilisation, de stimulation et les visites à domicile.

### <u>Activité 2.3</u>. 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

Au Mali, les activités de sensibilisation et d'animations communautaires axées sur des ateliers de fabrication locale de jouets, des activités récréatives d'éveil et foyers communautaires ont été réalisées en partenariat avec les acteurs communautaires (relais, mères éducatrices, agents sociaux, GSAN) formés par le projet. Les thèmes de sensibilisation portent sur l'importance du jeu, la stimulation d'éveil, le développement du jeune enfant, l'hygiène, les moyens de prévention de la malnutrition, la démystification des croyances locales stigmatisantes... communautaires, cadres de partage d'information, d'échanges de pratique, de rencontres, et de soutien entre parents et autres membres de la famille élargie, ont été organisés dans chaque aire de santé pour tenir des démonstrations d'exercices de stimulation physique, cognitive et sensorielle avec des jeunes enfants, dans des lieux identifiés en collaboration avec les acteurs communautaires.

Les activités de fabrication de jouets locaux ont permis aux populations, membres de la famille élargie des enfants malnutris de comprendre que les enfants peuvent être stimulés à moindre cout avec des objets recyclables, accessibles à tous, résistants et répondant aux normes requises d'un bon jouet, utile à l'épanouissement de leurs enfants. Que cette fabrication de jouets ne requiert que peu de temps et peut surtout être effectuée par eux-mêmes en compagnie de leurs enfants.

Ces initiatives communautaires ont permis de mobiliser à la date du 31 janvier 2021, 11 040 parents et membres de la famille élargie pour la continuité de la pratique de la stimulation en communauté.

Au Niger, les foyers communautaires sont des cadres de rencontres au niveau communautaire pour les activités de sensibilisation des populations. Ils ont été identifiés de commun accord avec la population et les leaders communautaires généralement des places publiques. Des règles de fonctionnement ont été élaborées et validées avec les bénéficiaires en tenant compte de certains aspects tels la sécurité. Une fréquence mensuelle de tenue des activités est retenue et des thèmes divers sont développés. Ces foyers sont animés par les acteurs communautaires (mères éducatrices et relais), les agents de santé sous la supervision des agents de projet HI. Au préalable, des hangars ont été construits avec l'appui de HI. Tous les 32 foyers sont équipés en kits de jouets (modernes et traditionnels) et nattes, la propreté étant assurée par les communautés. En guise de motivation et de contribution à l'hygiène, des morceaux de savon sont distribués à tous les participants à la fin de l'activité. On note également des foyers hommes qui permettent l'implication de ces derniers dans la prise en charge nutritionnelle des enfants et au suivi de leur développement psychomoteur. A la date de ce rapport,136 foyers communautaires ont été animés totalisant 3 944 participants dont 3510 femmes.

Au Burkina Faso, les activités de sensibilisation ont pu seulement commencer en mars 2020 et se sont intensifiées en juin 2020 après la formation des acteurs communautaires intervenues au cours du mois de mai/juin 2020. Au total, 3577 séances de sensibilisation ont été réalisées au niveau communautaire et dans les centres de santé (PCI et PCA) et ont permis de toucher 28 269 parents (mères, pères, tuteurs, famille élargie...etc.). Les thématiques des sensibilisations ont porté sur la stimulation précoce, l'hygiène et assainissement, la malnutrition, les moyens de prévention de la malnutrition, le développement du jeune enfant, la préparation des bouillies etc. La cible du projet est de 29 628, elle a été atteinte à 95%. Les séances ont été conduites de manière participative pour favoriser l'apprentissage et l'amélioration des connaissances en rapport avec les thèmes développés. Le constat à ce niveau est la faible participation des hommes aux séances de sensibilisations. En effet, sur les 28 269 parents touchés par les sensibilisations, les femmes représentent 18 095 soit 64%. Au regard du faible pouvoir décisionnel et économique de la femme en matière de santé, des activités de sensibilisations seront réalisées au profit des hommes afin qu'ils s'impliquent dans tout le processus de prise en charge de l'enfant. Les difficultés rencontrées dans le cadre de la réalisation de toutes les activités de sensibilisations à savoir les activités de foyers communautaires et des activités récréatives résident dans le fait qu'il est interdit tout regroupement de population du fait de l'insécurité et de la pandémie du coronavirus. Ces activités sont actuellement réadaptées en sensibilisation de concession en concession et misent en œuvre acteurs communautaires. Dans le cadre du COVID-19, 1 231 personnes (924 femmes et 307 hommes) ont été sensibilisées en 133 séances dans les PCI/PCA et au niveau communautaire sur les mesures barrières. Au vu du contexte sécuritaire et de l'interdiction de tout regroupement des populations au niveau communautaire, certaines activités ont été réadaptées. Les activités de foyer communautaires ont été réadaptées en une activité de sensibilisation de concession en concession. Pour pouvoir atteindre les objectifs prévus en terme de sensibilisation, 54 acteurs communautaires ont été mis à contribution et ont réalisé en moyenne 3 sensibilisations par semaines. C'est ce qui explique le taux satisfaisant du nombre de personnes sensibilisées. Dans les prochains mois, les acteurs communautaires seront réorientés vers d'autres activités comme les visites à domicile, l'identification puis le référencement des enfants avec ou sans séquelles invalidantes pour une prise en charge en kinésithérapie d'éveil, la fabrication des jouets a base des objets de récupération.

<u>Activité 2.4</u>. 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

**Au Mali**, les activités d'éveil se sont poursuivies en post-soin au domicile des enfants malnutris aigus vulnérables afin de prévenir les risques éventuels de rechute et d'assurer un développement physique, cognitif et affectif harmonieux. Dans cet exercice, la famille est la principale dispensatrice

de soins dans la poursuite des activités à domicile, d'où une forte concentration des transferts de compétences aux membres de la famille élargie pour une continuité des pratiques d'éveil en famille. Ces visites à domicile sont réalisées au Mali en binôme par les relais communautaires et les agents de santé pour mieux orienter la famille sur les techniques nutritionnelles, les pratiques d'hygiène et pour renforcer les capacités sur les exercices de stimulation appropriés en développant la relation parent-enfant. Une fiche individuelle utilisée pour chaque enfant permet la collecte de données et le suivi de l'évolution des enfants. Ces visites sont conçues comme des temps de supervision et de renforcement de capacités des agents communautaires. 333 enfants ont été suivi en post-soin à leur domicile et ont bénéficié de conseils personnalisés sur comment intégrer les exercices de stimulation dans la vie quotidienne et comment adapter l'environnement de la maison pour favoriser les interactions parents-enfants. Ces enfants ont bénéficié de 1 239 visites à la date du 31 janvier 2021 soit au moins 3 visites réalisées par enfant.

Au Niger, les enfants évalués et présentant des risques élevés des séquelles invalidantes et qui ont un besoin de suivi ont reçu des visites à domicile où les parents reçoivent des conseils concourant à leur rétablissement. Ces visites à domicile ont été menées régulièrement par les agents de santé sur proposition des kinésithérapeutes après évaluation. Ces visites constituent des cadres pour s'enquérir de l'état d'évolution de la santé, des conditions de vie des enfants, de la détresse des mères. Ces visites permettent également de véhiculer des messages clés dans l'environnement familial en vue d'une meilleure prise en charge et d'une guérison durable et définitive de l'enfant. A la date de ce rapport, 622 enfants sur 200 prévus ont bénéficié des visites à domicile.

Au Burkina Faso, les visites ont constitué des occasions pour les agents du projet et les acteurs communautaires d'avoir des informations sur l'évolution de l'état de santé des enfants identifiés comme vulnérables et de prodiguer des conseils aux parents à travers des sensibilisations dans l'environnement familial. A la date du rapport, 448 visites à domicile ont été réalisées et ont touchés 180 enfants (113 filles et 67 garçons). Au cours de ces visites, c'est un total de 1324 séances de sensibilisations qui ont été réalisées au profit de 349 personnes (chacune ayant reçu en moyenne 3 sessions).

#### 3.3.2.2.3 Rapport final

Indicateurs pour les résultats obtenus

#### A la date du rapport :

- **(R2.IOV1) 460** agents communautaires, de la santé et de la petite enfance ont intégré la stimulation précoce dans leurs actions de sensibilisation et de guidance familiale.
- (R2.IOV2) 117 740 parents et membre de la famille élargie des enfants malnutris aigus sévères mobilisés à la continuité de la pratique de la stimulation dans la communauté sur 68 381 attendus.
- (R2.IOV3) 1 609 familles ayant reçu un suivi et des conseils personnalisés à leur domicile pratiquent la stimulation d'éveil au quotidien.

Les données par pays se désagrègent comme suit :

- Au Mali, ce sont au total
  - (R2.IOV1) 312 agents communautaires et mères éducatrices (215 femmes, 97 hommes) ont intégré la stimulation précoce dans leurs actions de sensibilisation et de guidance familiale sur au moins 150 agents prévus. Le nombre élevé de GSAN (Groupe de Soutien aux Activités de Nutrition) fonctionnel par quartier a forcé l'implication de l'ensemble des GSAN dans un souci d'inclusion et d'obtention de résultats escomptés, d'où le grand nombre d'acteurs communautaires formés.

- (R2.IOV2) 14 142 sur 13 627 parents / tuteurs et membres de la famille élargie (9 911 femmes et 4 231 hommes) ont été sensibilisés, guidés et ont contribué au rétablissement des enfants malnutris aigus sévères par la stimulation au quotidien dans leur environnement familial, soit une atteinte de 104 % de l'indicateur.
- (R2.IOV3) 298 familles suivies en post-soin à leur domicile et ayant bénéficié de conseils personnalisés pratiquent la stimulation d'éveil au quotidien sur au moins 200 familles prévues.

#### Au Burkina Faso :

- (R2.IOV1) 155 agents communautaires de santé et de la petite enfance ont intégré la stimulation précoce dans leurs actions de sensibilisation et de guidance familiale sur 125 prévus
- (R2.IOV2) Les mères, les pères, tuteurs, personnes de la famille élargie (sœurs, frères, grands-parents, tantes, oncles, cousins, cousines, neveux...) des enfants touchés par les activités de sensibilisation au niveau sanitaire et communautaire sont au nombre de 23552 /19752 (15826 femmes et 7826 hommes)
- (R2.IOV3) 315 familles ont reçu des suivis et des conseils personnalisés sur la stimulation d'éveil au quotidien lors de 980 visites à domicile

#### Au Niger

- (R2.IOV1) 94 agents communautaires de santé et de la petite enfance ont intégré la stimulation précoce dans leurs actions de sensibilisation et de guidance familiale sur 107 prévus soit 87 %
- (R2.IOV2) Les initiatives communautaires ont mobilisé au moins 83 846 parents et membres de la famille élargie des enfants malnutris aigus sévères à la continuité de la pratique de la stimulation dans la communauté sur 12 208 prévus
- (R2.IOV3) 996 familles ont reçu des suivis et des conseils personnalisés à leur domicile sur la pratique de la stimulation d'éveil au quotidien sur au moins 200 prévus

#### - Bénéficiaires (statut + nombre)

- 21 403 enfants de moins de 5 ans souffrant de Malnutrition Aiguë Sévère participants aux activités communautaires et 79 901parents (ou tuteurs) dont 1 609 enfants suivis à domicile.
- 117 740 autres membres de la famille élargie des enfants de moins de 5 ans souffrant de Malnutrition Aiguë Sévères et autres membres des communautés ciblés.
- 366 agents communautaires, leaders communautaires et mères éducatrices.

#### Mali

- 3 835 enfants de moins de 5 ans souffrant de Malnutrition Aiguë Sévères (2 083 filles, 1752 garçons) ont été pris en charge sur les 09 espaces de stimulation. 7 473 parents ou tuteurs (6479 femmes, 994 hommes) ont été impliqués dans les activités d'éveil au niveau des aires sanitaires couvertes, 298 enfants suivis à domicile (127 filles et 171 garçons); 2 251 parents ou tuteurs pratiquent des soins appropriés au quotidien dans leurs domiciles (2 007 femmes contre 244 hommes).
- 14 142 parents, tuteurs et membres de la famille élargie (9 911 femmes, 4 231 hommes) ont été sensibilisés, guidés et contribuent au rétablissement des enfants malnutris aigus sévères par la stimulation au quotidien dans l'environnement familial.

312 agents communautaires, leaders communautaires et mère éducatrices (215 femmes,
 97 hommes) ont intégré la pratique de la stimulation dans leurs actions de sensibilisation et de guidance familiale.

#### **Burkina Faso**

- o **6329** enfants malnutris aigus sévères ont bénéficié d'au moins 5 séances de stimulation sur 4 938 ciblés
- 16 008 parents et tuteurs (11 458 femmes et 4 550 hommes) des enfants touchés par les activités de sensibilisation et 23 552 personnes (15 826 femmes et 7 826 hommes) de la famille élargie des enfants touchés
- 155 acteurs communautaires formés

#### Niger

- A la date de ce rapport, 13 713 enfants malnutris aigus sévères ont bénéficié d'au moins 5 séances de stimulation sur 3052.
- o **83 846** parents et membres des familles élargies ont participé aux activités communautaires.
- o 996 enfants sont suivis à domicile sur 200 prévus
- 94 agents communautaires.

#### Activités réalisées

Activité 2.1. 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

L'outil « blue box » développé par HI pour soutenir les interventions de développement de la petite enfance a été adapté au contexte culturel africain dans le cadre de la mise en œuvre de ce projet. Finalisés au mois de mars 2020, les coffrets « blue box » ont été reproduits et mis à la disposition de l'ensemble des agents communautaires et agents socio-sanitaires des services nutritionnels afin de promouvoir la stimulation des enfants présentant un risque d'acquérir une déficience consécutive à un retard de développement dû à la malnutrition.

<u>Activité 2.2</u>. 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

Réalisées entre février et août 2020, ces 27 sessions de formations auront touché **au Mali 312 acteurs communautaires** sur 150 prévus. Parmi ces acteurs communautaires, on comptait des relais communautaires et membres de GSAN (Groupe de Soutien aux Activités Nutritionnelles) des aires de santé concernées. En effet, le nombre élevé de fonctionnel par quartier a forcé l'implication de l'ensemble des GSAN dans un souci d'inclusion et d'obtention de résultats escomptés, d'où le grand nombre d'acteurs communautaires formés. Un accompagnement régulier post-formation a été assuré par les chargés de suivi du projet pour les activités ludiques et les sensibilisations organisées dans les centres ou en communauté.

**Au Burkina Faso**, **155 acteurs communautaires** ont été formés par le projet en deux sessions au cours des mois de mai et de juin 2020. Dispensée en langues locales, cette formation s'est déroulée en deux phases : théorique et pratique sur l'animation et la fabrication des jouets à partir des matériaux locaux. Ces acteurs communautaires formés appuient désormais les agents terrain

et les agents de santé dans la réalisation des séances de sensibilisation, de stimulation et les visites à domicile.

**Au Niger**, à l'issue de la mobilisation des acteurs et leaders communautaires, 94 acteurs ont été identifiés pour participer activement aux activités de stimulation et de sensibilisation dans 36 communautés initialement identifiées et les 13 centres nutritionnels cibles. Compte tenu des enjeux sécuritaires dans la commune de Gabi, 4 communautés ont été abandonnées pour rester sur 32 actuellement.

### <u>Activité 2.3</u>. 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

Les activités de sensibilisation et d'animations communautaires axées sur des ateliers de fabrication locale de jouets, des activités récréatives d'éveil et foyers communautaires sont réalisés en partenariat avec les acteurs communautaires (relais, mères éducatrices, agents sociaux, GSAN) formés par le projet. Soit 14 142 parents et membres de la famille élargie pour la continuité de la pratique de stimulation en communauté ont pu être touchés au Mali. Parmi les animations communautaires, les parents et membre de la famille élargie pouvaient se retrouver au sein de groupe d'échange et de partage sur les pratiques de la stimulation physique, cognitive et sensorielle, mais aussi participer des sessions de fabrication de jouets locaux leur rendant accessible des outils de stimulation à moindre coût.

Au Burkina Faso, si les activités de sensibilisation avaient pris un peu de retard au démarrage elles se sont intensifiées dès le mois de juin 2020 permettant la tenue de 4 995 séances de sensibilisation au niveau communautaire et dans les centres de santé (PCI et PCA). Portant entre autres sur la stimulation précoce, l'hygiène, les moyens de la malnutrition, ces sensibilisations ont atteint 23552 parents, tuteurs et membres de la famille élargie, dont 67% de femmes. Face à la faible participation masculine et au regard du faible pouvoir décisionnel et économique de la femme en matière de santé, des activités de sensibilisations sont réalisées au profit des hommes afin qu'ils s'impliquent dans tout le processus de prise en charge de l'enfant.

Au Niger, les foyers communautaires sont des cadres de rencontres au niveau communautaire pour les activités de sensibilisation des populations. Ils ont été identifiés de commun accord avec la population et les leaders communautaires généralement des places publiques. Tous les 32 foyers sont équipés en kits de jouets (modernes et traditionnels) et nattes, la propreté étant assurée par les communautés. 136 foyers communautaires ont été animés.

# <u>Activité 2.4</u>. 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

**Au Mali, 298 enfants** dont 127 filles et 171 garçons ont été suivi en post-soin à leur domicile et ont bénéficié de conseils personnalisés sur comment intégrer les exercices de stimulation dans la vie quotidienne et comment adapter l'environnement de la maison pour favoriser les interactions parents-enfants. Ces enfants ont bénéficié de **1 281 visites** à la date du 31 octobre 2021 soit une moyenne de 4 visites réalisées par enfant. Les visites à domicile réalisées en binôme par les relais communautaires et les agents de santé ont permis de mieux orienter les familles sur les soins à dispenser à domicile.

Au Burkina Faso, les visites ont constitué des occasions pour les agents du projet et les acteurs communautaires d'avoir des informations sur l'évolution de l'état de santé des enfants identifiés

comme vulnérables et de prodiguer des conseils aux parents à travers des sensibilisations dans l'environnement familial. Au total, **980 visites** à domicile ont été réalisées et ont touchés **315 enfants**.

**Au Niger**, ces visites à domicile ont été menées régulièrement par les agents de santé sur proposition des kinésithérapeutes après évaluation. Au total, ce sont 996 enfants sur 200 prévus qui ont bénéficié d'au moins une visite à domicile.

#### - Moyens et coûts associés finalement engagés :

Au total **177 732 euros** ont été engagés pour la réalisation des activités liées au résultat 2 sur les 177 914 prévus soit une consommation de 100%, dont la répartition par pays se trouve comme suit : au **Mali** 58 527 euros, au **Burkina Faso** 45 918 euros et au **Niger** 73 287 euros.

### 3.3.2.3 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

#### 3.3.2.3.1 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
  - o **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
  - o **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.
  - o **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.

#### 3.3.2.3.2 Rapport intermédiaire

- Mise à jour<sup>4</sup> des indicateurs
- 236 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.
- 3 feuilles de route sur le déploiement de la stimulation précoce définies pour les régions où la prévalence de la malnutrition est élevée
- Les activités de supervision de la stimulation précoce ont été inscrites dans les plans d'action des districts sanitaires où les activités de stimulation ont été déployées
- 10 acteurs institutionnels et de la société civile ont formulé une initiative pour contribuer au déploiement de la stimulation précoce.

#### Le détail par pays ci-dessous exposé :

#### **Niger**

- 32 praticiens du secteur de la nutrition et de la santé sont sensibilisés à la nécessité d'appliquer la stimulation précoce dans le cadre du protocole national de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë.
- Une feuille de route sur le déploiement de la stimulation précoce est définie pour la région de Maradi
- Le district sanitaire de Madarounfa a inscrit la supervision de la stimulation précoce dans son plan d'action annuel (PAA).
- 7 acteurs institutionnels et de la société civile à savoir 2 ONG internationales : ALIMA BEFEN et ACF (Action Contre la Faim) et 4 districts sanitaires (Tessaoua, Gazaoua, Aguié et Mayahi) ont formulé une initiative pour contribuer au déploiement de la stimulation précoce

#### **Burkina Faso**

- 171 personnes (praticiens et acteurs institutionnels, régionaux et nationaux et leurs partenaires de la société civile) ont été sensibilisées à la nécessité d'appliquer la stimulation précoce dans le cadre des protocoles nationaux de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë. Compte tenu de la forte mobilité les agents socio-sanitaires et de la réorientation du projet due à la situation sécuritaire, il est apparu opportun de procéder à de nouvelles sensibilisations au profit des nouveaux agents de santé affectés dans les anciennes zones d'intervention mais aussi dans les nouvelles zones du projet suite à la réorientation du projet, ce qui explique que la cible ait été largement dépassée.

- Une feuille de route a été élaborée par la direction régionale de la santé et les différents districts en juillet 2020 pour une mise à l'échelle des activités de stimulation psycho-cognitive au niveau régional.
- Les 12 formations sanitaires des deux districts concernés font l'objet de supervision et ont intégré la stimulation précoce dans leur plan d'action.

#### Mali

- 33 acteurs institutionnels régionaux et nationaux et partenaires de la société civile ont été sensibilisés, ainsi que 3 professionnels de réadaptation de l'association AKIMA (sur 15 prévus) sont impliqués dans les activités du projet et sont formés à la thérapie de stimulation de la petite enfant.
- Une feuille de route a été élaborée au Mali en Octobre 2020 par les partenaires Etatiques (DGSHP/DN, DNEPS, DRS Mopti) et l'association AKIMA pour une mise à l'échelle des activités de stimulation psycho-cognitive sur le plan national.
- 3 séries de supervision formative ont été réalisées auprès des agents formés avec l'appui de la DRS Mopti, dans les 9 structures sanitaires couvertes par le projet.
- Au Mali, les acteurs Etatiques (DGSHP, DNEPS) et de l'Association AKIMA ont formulé une initiative pour contribuer au déploiement de la stimulation précoce à travers l'élaboration d'un plan d'action à envergure national.
- Mise à jour<sup>4</sup> des bénéficiaires (statut + nombre)
- 133 acteurs institutionnels régionaux et nationaux et leurs partenaires de la société civile

Le détail par pays est disponible comme suit :

- Au Niger, 32 acteurs institutionnels régionaux et nationaux et leurs partenaires de la société civile ont été sensibilisés à la nécessité d'appliquer la stimulation précoce dans le cadre du protocole national de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë.
- Au Burkina Faso, 84 acteurs institutionnels régionaux et nationaux et leurs partenaires de la société civile ont été sensibilisées à la nécessité d'appliquer la stimulation précoce dans le cadre des protocoles nationaux de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë.
- Au Mali, 17 sur 15 acteurs institutionnels régionaux et nationaux et partenaires de la société civile ont été sensibilisés et œuvrent pour l'encrage institutionnel des activités de stimulation au Mali. De plus, 11 kinésithérapeutes de l'association AKIMA sur 15 professionnels prévus accompagnent le projet à travers des actions de plaidoyer (bénéficiaires additionnels).

#### - Mise à jour<sup>4</sup> des activités

Activité 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

Au Mali, des réunions de réflexion / coordination sont tenues chaque trimestriel avec la Direction Régionale de Santé Mopti, les points focaux nutrition (DRS et District) et les responsables des unités de récupération pour une mise en application effective des activités de stimulation dans les services nutritionnels comme édicté dans le protocole de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë.

Les informations concernant les activités de stimulation réalisées dans les centres sont renseignées dans les fiches de suivi individuel de chaque enfant, dans les rapports mensuels URENI/URENAS et sont intégrées dans les statistiques sanitaires de la région.

Les visites d'échange prévues avec le service nutritionnel **école URENI** de **Dioila** n'ont pas pu avoir lieu en 2020 car ce centre de formation avait cessé, depuis 2018, la formation des agents chargés de la prise en charge nutritionnelle. L'école d'URENI étant à nouveau fonctionnelle avec des cohortes de formation depuis janvier 2021 grâce à l'appui de l'ONG ALIMA en partenariat avec le gouvernement du Mali, HI a pu re-planifier les visites d'échanges pour le premier trimestre 2021. Ces visites d'échange ont pour vocation, le renforcement de compétence des formateurs de l'école URENI sur la Thérapie de Stimulation de la Petite Enfance (TS-PE) développée par HI pendant la mise en œuvre de ce projet.

Enfin, les actions de plaidoyer auprès de la Sous-Direction Nutrition de la Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique (DN / DGSHP) ont conduit en 2020 à une mobilisation de fonds par l'Etat Malien pour doter en kit d'éveil, l'ensemble des services nutritionnels du Mali : **74** URENI et **1 424** URENAS. Le défi de la Direction Régionale de Santé de Mopti reste le renforcement de capacités de la totalité des chargés de nutrition des 8 cercles de la région soit le personnel sanitaire de **214** URENI / URENAS de la région.

**Au Niger**, HI a fait une présentation du projet lors d'une réunion du groupe technique nutrition (GTN) le 26 aout 2020 à la DRSP de Maradi. Cette communication a permis aux participants de constater les évolutions dans le cadre de la stimulation et de poser des questions afin de mieux comprendre les enjeux du projet.

De plus, sur la période, les acteurs de la malnutrition ont été sensibilisés en vue du déploiement de la stimulation à l'échelle nationale. A cet effet, du 16 au 24 novembre 2020, 32 acteurs de la nutrition de sept districts sanitaires de la région de Maradi ont été sensibilisés sur la mise en place d'un programme intégré de la prise en charge de la malnutrition associée à la stimulation psycho affective. Un plan de mise en œuvre de la stimulation dans ces districts a été élaboré et suit son cours grâce aux formations et supervisions.

Au Burkina Faso, le projet a été présenté au cluster santé-Nutrition avec comme participant : la Direction régionale de la santé, Direction de l'action sociales, District Sanitaire, les ONG intervenant dans la nutrition, UNICEF, PAM.... Avec la participation des acteurs étatiques et de la société civile, une sensibilisation des acteurs de la nutrition a été réalisée sur la stimulation d'éveil dans le cadre du PCIMA.

Les autres sous-activités prévues seront réalisée courant 2021. Il faut noter que la situation sécuritaire et le COVID-19 ont véritablement eu un impact considérable sur la réalisation de cette activité.

### Activité 3.2. 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

**Au Niger**, une session de formation des acteurs de la nutrition s'est tenue à Tessaoua du 9 au 11 décembre 2020 au bénéfice de 22 professionnels de la santé de quatre districts (Tessaoua, Gazaoua, Mayahi et Aguié). Une deuxième session était prévue mais a été suspendue du fait de la recrudescence de la pandémie de la COVID-19, l'Etat ayant suspendu jusqu'à nouvelle ordre tous les ateliers et séminaires.

Deux descentes de supervision ont été organisées : du 9 au 12 mars et du 20 au 23 septembre 2020. Deux Ministères sectoriels, à savoir le Ministère de la Santé Publique, à travers la Direction de la nutrition et le Ministère en charge de la protection de l'enfant, à travers la Direction Nationale de la protection de l'enfant ainsi que les services déconcentrés (la Direction Régionale de la Santé Publique de Maradi, la Direction Régionale de la Protection de l'Enfant de Maradi et le district

sanitaire de Madarounfa) ont participé à ces supervisions. Au total, 12 des 13 centres nutritionnels prévu ont fait l'objet de supervision soit un taux de couverture de 92%.

Au Burkina Faso, une formation au niveau national sur la stimulation précoce regroupant la Direction nationale de la nutrition, la Direction de l'action sociale, la Direction régionale de la santé du Sahel, l'Association de Kiné et le Centre médical Schiphra a été réalisée courant 2020. En perspective, il est prévu la formation des agents de santé et des acteurs communautaires en février 2021 pour la mise à l'échelle au niveau régional des activités de stimulation.

En ce qui concerne les supervisions, elles sont assurées par les agents de santé de façon hebdomadaire (une supervision par semaine). L'équipe projet assure également quotidiennement le suivi et la supervision pour garantir la qualité de la prise en charge.

**Au Mali**, 3 vagues de supervision formative (en juin 2020, novembre 2020 puis en janvier 2021) ont été réalisées sur l'ensemble des sites d'intervention avec l'accompagnement de la DRS Mopti et du pool de formateurs régionaux. L'objectif de ces supervisions étant d'améliorer la qualité de la prise en charge des enfants malnutris aigus sévères en observant, guidant et améliorant les pratiques des agents formés sur les activités opérées dans les différentes structures couvertes par le projet. 65 agents ont été supervisés sur les 7 aires de santé : 14 relais communautaires, 26 agents socio-sanitaires, 22 mères éducatrices et 03 agents du projet.

## Activité 3.3. 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

**Au Niger**, cette activité n'a pas encore été réalisée car la recrudescence de la pandémie de COVID-19 a empêché tout regroupement. Néanmoins, un plan de plaidoyer est en cours d'élaboration et sera validé avec les parties prenantes lors d'un atelier qui sera organisé à Niamey courant février 2021. Cet atelier redéfinira la stratégie à mettre en œuvre dans les actions de plaidoyer.

**Au Mali**, l'associations des kinésithérapeutes du Mali (AKIMA) a développé un plan d'action de plaidoyer pour la promotion de la profession kiné au sein du système de santé au Mali et l'amélioration de la qualité des pratiques professionnelles. Ce plan prévoit le renforcement de capacités techniques, le renforcement du recrutement de kinésithérapeutes dans la fonction publique et leur déploiement au niveau des régions et des services nutritionnels. Une dynamique est déjà engagée au Mali pour la mise en place d'un protocole de soin de kinésithérapie avec le Ministère de la santé et les bureaux nationaux de l'OMS.

Sur 7 séries de formations/séminaires planifiées entre 2019-2020, seulement deux ont pu être réalisées à cause de la survenue de la pandémie de COVID-19. Il s'agit de la formation sur la thérapie de stimulation de la petite enfance tenue en octobre 2019 au Niger et celle réalisée à Bamako en septembre 2020 sur la prévention de la pandémie à coronavirus (COVID-19).

A l'occasion de la journée internationale de la kinésithérapie, le 8 septembre 2019, le projet a soutenu l'association, dans son effort pour la promotion de la profession, aussi pour faire progresser son expertise dans la région, en organisant une séance de sensibilisation auprès du personnel sanitaire de l'Hôpital de Mopti sur la Thérapie de Stimulation de la Petite Enfance (TS-PE). Une occasion donnée au physiothérapeutes de sensibiliser le public au rôle crucial que joue la profession kiné dans le maintien de la santé, de la mobilité et de l'indépendance.

Activité 3.4. 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

Cet atelier est prévu en fin programme (clôture du projet), à Niamey au Niger et réunira les principaux acteurs institutionnels de la nutrition et de la réadaptation des 3 pays.

#### 3.3.2.3.3 Rapport final

#### - Indicateurs pour les résultats obtenus

Les indicateurs par pays se répartissent comme suit :

#### - Au Mali:

- (R3.IOV1) 48 professionnels de réadaptation membres de l'association AKIMA (sur 15 prévus) sont impliqués dans les activités du projet, formés à la Thérapie de Stimulation de l'Enfant Malnutri Aigu Sévère (TS-MAS) et intègrent l'approche thérapie de stimulation dans leurs actions de plaidoyer.
- (R3.IOV2) 02 feuilles de route ont été élaborées au Mali, d'abord en octobre 2020 par les partenaires Etatiques (DGSHP/DN, DNEPS, DRS Mopti, DS Mopti, SLDSES) et l'association AKIMA sur la mise à l'échelle des activités de stimulation psycho-cognitive au niveau national puis en fin de projet le 03 novembre 2021 par les mêmes acteurs en marge de l'atelier de capitalisation.
- (R3.IOV3) Les activités de supervision de la stimulation psycho-cognitive et de la kinésithérapie d'éveil sont réalisées dans les 09 structures sanitaires couvertes.
  - 06 séries de supervision formative ont été réalisées auprès des agents formés avec l'appui de la DRS Mopti et des formateurs régionaux dans les 09 centres de santé couverts par le projet.
- (R3.IOV4) 03 acteurs dont 02 de la société civile (Association AKIMA et le Centre Lueur d'espoir HOUSNA KASO) et un acteur Etatique (Sous-Direction Nutrition de la DGSHP) sur 03 acteurs prévus, ont formulé leur volonté à contribuer au déploiement de la Thérapie de Stimulation des Enfants MAS (TS-MAS) et de la Blue Box dans leurs zones d'influence au Mali.

#### - Au Burkina Faso:

- (R3.IOV1) Au Burkina Faso, 84 personnes (sur 100 prévues) parmi les administrateurs et les praticiens du secteur de la nutrition et de la santé ont été sensibilisées à la nécessité d'appliquer la stimulation précoce. Cet écart est lié des contraintes de disponibilité et conflits d'agenda des acteurs ciblés.
- (R3.IOV2) 1 feuille de route a été élaborée par la direction régionale de la santé et les différents districts en juillet 2020 pour une mise à l'échelle des activités de stimulation psycho-cognitive au niveau régional.
- (R3.IOV3) Les activités de supervision de la stimulation précoce ont été inscrites dans les plans d'action. 3 niveaux de supervision sont prévus : le niveau national, régional et district. Ces différents niveaux effectuent des supervisons sur le terrain pour s'assurer que les activités des stimulations sont bien intégrées dans la prise en charge des enfants.
- (R3.IOV4) 120 acteurs institutionnels et de la société civile touchés dans l'objectif de formuler des initiatives pour contribuer au déploiement de la stimulation précoce

#### - Au Niger:

- (R3.IOV1) 38 acteurs institutionnels régionaux et nationaux et leurs partenaires de la société civile ont été sensibilisés à la nécessité d'appliquer la stimulation précoce
- (R3.IOV2) 1 feuille de route sur le déploiement de la stimulation précoce a pu être définie pour les régions avec une malnutrition élevée.
- o **(R3.IOV3) 22 acteurs** institutionnels et 16 relais communautaires ont pu être formés. L'objectif de quatre supervisions des services nutritionnels a pu être atteint.
- (R3.IOV4) 7 acteurs institutionnels et de la société civile à savoir 2 ONG internationales : ALIMA BEFEN et ACF (Action Contre la Faim) et 4 districts sanitaires (Tessaoua, Gazaoua, Aguié et Mayahi) ont formulé une initiative pour contribuer au déploiement de la stimulation précoce. BEFEN et ACF ont été sensibilisées sur le déploiement de la stimulation et ont inscrit cette dynamique dans leurs futures actions dans le domaine de la prise en charge de la Malnutrition.

#### Bénéficiaires (statut + nombre)

**139** acteurs institutionnels régionaux et nationaux (sur les 131 prévus) et leurs partenaires de la société civile.

Le détail par pays se désagrège comme suit :

- Au Mali, 17 acteurs institutionnels régionaux et nationaux et partenaires de la société civile ont été sensibilisés et œuvrent pour l'encrage institutionnel des activités de stimulation au Mali sur 15 ciblés.
- Au Burkina Faso, 84 personnes parmi les administrateurs et les praticiens du secteur de la nutrition et de la santé ont été sensibilisées à la nécessité d'appliquer la stimulation précoce dans le cadre des protocoles nationaux de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë. Compte tenu de la forte mobilité les agents socio-sanitaires et de la réorientation du projet due à la situation sécuritaire, il est apparu opportun de procéder à de nouvelles sensibilisations au profit des nouveaux agents de santé affectés dans les anciennes zones d'intervention mais aussi dans les nouvelles zones du projet suite à la réorientation des activités
- **Au Niger, 38** acteurs institutionnels régionaux et nationaux et leurs partenaires de la société civile ont été sensibilisés à la nécessité d'appliquer la stimulation précoce dans le cadre du protocole national de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë

#### - Activités réalisées

<u>Activité 3.1</u>. 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

Au Mali, les informations concernant les activités de stimulation réalisées dans les centres sont renseignées dans les fiches de suivi individuel de chaque enfant, dans les rapports mensuels URENI/URENAS et sont toutes intégrées dans les statistiques sanitaires de la région et au niveau national.

Des réunions de réflexion / coordination sont tenues chaque trimestre avec la Direction Régionale de Santé Mopti, les points focaux nutrition (Direction Régionale Santé et District) et les responsables des unités de récupération pour la mise en application effective des activités de

stimulation dans les services nutritionnels comme édicté dans le protocole de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë.

Les actions de plaidoyer auprès de la Sous-Direction Nutrition de la Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique (DN / DGSHP) ont conduit en 2020 à une mobilisation de fonds par l'Etat Malien afin de doter l'ensemble des services nutritionnels du Mali en kit d'éveil : **74** URENI et **1 424** URENAS. Le défi de la Direction Régionale de Santé de Mopti reste le renforcement de capacités et la supervision périodique auprès de la totalité des acteurs impliqués dans la prise en charge nutritionnelle dans les 8 cercles de la région soit le personnel sanitaire de **214** URENI / URENAS de la région.

Au Burkina Faso, les actions suivantes ont été réalisées : formation des acteurs de la nutrition au niveau national, la présentation du projet au niveau du cluster santé –nutrition, la sensibilisation des acteurs de la nutrition sur la stimulation d'éveil dans le cadre du PCIMA, et enfin l'organisation de visite d'échange.

Au Niger, le projet a sensibilisé les acteurs suivants en avril 2021 : UNICEF, DN, et le Cluster Nutrition.

## Activité 3.2. 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

Le projet a basé sa stratégie sur la nécessité non seulement de former les différents acteurs de la nutrition, mais également d'effectuer une supervision visant un véritable changement des pratiques afin d'obtenir une adhésion forte du personnel des services nutritionnels quant aux mesures préventives et protectrices.

**Au Mali, 06** vagues de supervision formative de juin 2019 à octobre 2021 ont été réalisées sur l'ensemble des sites d'intervention avec l'accompagnement de la Direction Régionale de la Santé DRS Mopti et du pool de formateurs régionaux. L'objectif de ces supervisions étant d'améliorer la qualité de la prise en charge des enfants malnutris aigus sévères en observant, guidant et améliorant les pratiques des agents formés pour la réalisation des activités de stimulation dans les différentes structures couvertes par le projet.

**191** acteurs (117 femmes, 74 hommes) ont fait trimestriellement objet de supervision sur les 07 aires sanitaires couvertes parmi lesquels 16 relais communautaires (5 hommes, 11 femmes); 26 agents socio-sanitaires (07 hommes, 19 femmes); 22 mères éducatrices, 123 membres GSAN (59 hommes, 64 femmes) et 04 agents du projet (3 hommes, 1 femme).

Ces supervisions réalisées ont été l'occasion de proposer des mesures correctives en lien avec les insuffisances ou difficultés décelées au niveau des centres et en communauté, ce qui a permis :

- L'évaluation méthodique et rigoureuse des enfants et l'information des parents sur les retards identifiés ainsi que les solutions envisageables ;
- L'appropriation des activités d'éveil par les parents d'enfant sur l'espace et aux domiciles ;
- Le renforcement des parents sur la confection et l'usage de jouets à partir des matériels locaux ou recyclables ;
- La gestion et l'animation des espaces de stimulation ;
- La bonne utilisation des matériels stimulants et des supports de collecte des données ;
- Une sensibilisation adaptée lors des visites en post-soin aux domiciles des enfants à risque.

Au **Burkina Faso**, le projet a formé 28 agents de santé et 21 acteurs communautaires pour la mise à l'échelle au niveau régional des activités de stimulation hors de la zone de mise en œuvre du projet. En ce qui concerne les supervisions, elles sont assurées de façon périodique, toutes les semaines et sont conduites par les agents de santé, en plus des supervisions quotidiennes menées par l'équipe projet.

Au **Niger**, une supervision conjointe avec la DRSP a permis de couvrir l'ensembles des 13 CSI concernés par l'action. Les points focaux nutrition du DS et de la DRS ont été associés à cette supervision.

## <u>Activité 3.3</u>. 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

L'association des kinésithérapeutes du **Mali** (AKIMA) a développé un plan d'action de plaidoyer pour la promotion de la profession kiné au sein du système de santé au Mali et l'amélioration de la qualité des pratiques professionnelles. Ce plan prévoit le renforcement de capacités techniques, le renforcement du recrutement de kinésithérapeutes dans la fonction publique et leur déploiement au niveau des régions et des services nutritionnels. Une dynamique est déjà engagée au Mali pour la mise en place d'un protocole de soin de kinésithérapie avec le Ministère de la santé et les bureaux nationaux de l'OMS.

A l'occasion de la journée internationale de la kinésithérapie, le 8 septembre 2019, le projet a soutenu l'association, dans son effort pour la promotion de la profession, aussi pour faire progresser son expertise dans la région, en organisant une séance de sensibilisation auprès du personnel sanitaire de l'Hôpital de Mopti sur la Thérapie de Stimulation de la Petite Enfance (TS-PE). Une occasion donnée aux physiothérapeutes de sensibiliser le public au rôle crucial que joue la profession kiné dans le maintien de la santé, de la mobilité et de l'indépendance.

Des livrets et manuel de formation sur l'approche "Thérapie de Stimulation de l'Enfant Malnutri Aigu Sévère (TS-MAS)" ont été mis à la disposition de l'Institut National de Formation en Sciences de la Santé (INFSS) qui forme les Kinésithérapeutes au Mali, en marge du congrès statutaire de l'association AKIMA le 20 mars 2021. Ces outils sont archivés dans la bibliothèque dudit Institut et accessibles aux étudiants pour le renforcement de compétence des futurs professionnels kinés.

Le soutien aux associations de professionnels de la réadaptation (AKIMA, AMALDEME, HOUSNA KASO, AMAT21, APBS) a favorisé la valorisation de la profession de kinésithérapie au Mali tout en renforçant les capacités techniques de ses membres sur des thématiques spécifiques telles :

- La Thérapie de Stimulation adaptée aux enfants Malnutris Aigus Sévères (TS-MAS), tenue en octobre 2019 au Niger puis en juillet 2021 à Bamako au profit de 15 Kinésithérapeutes.
- La prévention de la pandémie à coronavirus, COVID-19 en septembre 2020 ayant mobilisé 33 kinésithérapeutes de différents centres de rééducation et de réadaptation fonctionnelle du Mali.
- Les techniques de rééducation du périnée laissant ainsi un vivier de formateurs pour une première fois au Mali, capable de prévenir les complications liées à l'atonie des muscles périnéaux, jusque-là méconnue de la plupart des prestataires de santé. Une Formation des Formateurs tenue à Bamako du 24 au 28 mai 2021 au profit de 12 physiothérapeutes de AKIMA et de l'école de formation des Kinésithérapeutes INFSS.

Au **Burkina Faso**, une série de formations a été sollicitée par l'association des kinésithérapeutes du Burkina en vue de renforcer leur compétence. Il s'agit de :

- o La formation des membres de l'association des kinés sur la thérapie de stimulation
- La formation des membres de l'association des kinés sur la pratique de la kinésithérapie en période de COVID 19
- La formation des membres de l'association des kinésithérapeutes le handicap lié à la paralysie obstétricale du plexus brachial (POPB) qui s'est tenue les 18 et 19 novembre 2021 au profit de 50 kinésithérapeutes

#### Au **Niger**, les réalisations suivantes ont eu lieu :

- o Formation à la kinésithérapie de stimulation et prise en charge des cas sévères ;
- Mobilisation et formation des professionnels de santé des services nutritionnels à la stimulation d'éveil
- Organisation des séances collectives de stimulation d'éveil pour les enfants malnutris aigus sévères
- Déploiement des soins de kinésithérapie en séances individuelles pour les enfants présentant un risque élevé de séguelles invalidantes
- Création/Réhabilitation et ouverture des espaces de stimulation au niveau des CRENAS Identification, référencement, évaluation des enfants, et organisation de séances de stimulation collectives
- 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
- Sensibilisation et animations communautaires sur la prise en charge des enfants malnutris aigus
- Organisation des visites à domicile pour le suivi des enfants à risque élevé de séquelles, le renforcement des capacités familiales

<u>Activité 3.4</u>. 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

Dans le souci d'identifier ce qui a bien fonctionné, moins bien fonctionné et ce qui pourrait être fait autrement à l'avenir notamment dans le cadre de la mise à l'échelle des activités d'éveil et du volet thérapie de stimulation des enfants MAS, des ateliers de capitalisation ont eu lieu afin de :

- Partager les retours d'expérience d'un point de vue organisationnel et opérationnel sur la mise en œuvre du projet sur les trois pays.
- Valoriser les connaissances et pratiques acquises tout le long du projet.

Ainsi, des fiches de partage d'expérience ont été soumises auprès de l'équipe projet, des partenaires techniques, acteurs communautaires et décideurs de niveau national et régional afin de capitaliser les bonnes pratiques et d'œuvrer à travers un plan d'action à la pérennisation des activités sur le terrain après le projet. Ce qui a permis de dégager quelques réussites importantes du projet :

- → La disponibilité d'un vivier de formateurs régionaux sur les soins pour le développement du jeune enfant : ce pool de formateurs a réalisé avec satisfaction toutes les sessions de formations / recyclages et de supervisions des agents socio-sanitaires et agents communautaires impliqués dans la mise en œuvre du projet.
- → La formation du personnel socio-sanitaire sur la stimulation psycho-cognitive des enfants malnutris : l'existence de personnels compétents dans les structures sanitaires a permis

d'améliorer la prise en charge en enfants MAS, respectant ainsi les recommandations de l'OMS et du protocole PCIMA en vigueur.

- → Aménagement des espaces et dotation en matériel stimulant dans les URENI/URENAS : une des sources de motivation des chargés de nutrition et agents communautaires à poursuivre les activités d'éveil dans les centres de renutrition.
- → Les rencontres périodiques avec les acteurs impliqués (comités de surveillance, comités de pilotage, les ateliers de réflexion et de programmation, les supervisions formatives...).
- → L'amélioration significative des retards de développement psychomoteur des enfants MAS grâce à la thérapie de stimulation (Kiné) : cet exploit remarquable ayant entrainé une forte adhésion des acteurs communautaires aux pratiques de soin en communauté (relais, mères, GSAN, ASC).
- → Le soutien aux associations de professionnels de la réadaptation ayant favorisé la valorisation de la profession de kinésithérapie au Mali et le renforcement de ces membres sur des thématiques spécifiques telles la TS-MAS, la COVID-19 et la rééducation périnéale.
- → L'approche développée par le projet a favorisé l'instauration et le maintien d'une relation de travail harmonieuse et apaisée, le respect mutuel et la bonne coordination des activités entre l'équipe projet et les partenaires de mise en œuvre.
- → Les aménagements à domicile et la confection des jouets à partir du matériel recyclable ont permis d'améliorer les pratiques de soins en faveur des enfants en situation de malnutrition en favorisant leurs épanouissements dans un environnement familial soutenant et protecteur.
- → Les facteurs ci-dessus mentionnés qui ont abouti à l'implication des parents et l'appropriation des activités d'éveil par la communauté, rendant possible la continuité des activités de stimulation dans la région de Mopti.

Au regard des engagements fermes pris par les différents acteurs lors de l'atelier de clôture les 02 et 03 novembre 2021, il est possible d'affirmer que certaines activités comme les séances de stimulation psycho-cognitive dans les URENI/URENAS, les sensibilisations en communauté, la confection de jouets à partir du matériel recyclable, les formations, supervisions et achat de matériel ludique, continueront même après le projet. Le suivi de ces engagements sera assuré par les décideurs et partenaires techniques étatiques.

Les partenaires du Burkina qui ont pu participer sont la Direction de la Nutrition, la direction régionale de la santé, les points focaux nutrition des districts de Dori et de Sebba. Lors de cet atelier, chaque pays a fait le bilan de ses réalisations et faire ressortir les bonnes pratiques. A l'issue de la rencontre une feuille de route a été élaborée avec les échéances en vue de la mise à l'échelle de la pratique de la stimulation.

Les feuilles de route par pays sont disponibles en annexe 1 (Burkina Faso), 2 (Mali) et 3 (Niger).

#### - Moyens et coûts associés finalement engagés :

Au total **156 424** euros ont été engagés pour la réalisation des activités liées au résultat 3 sur les 166 010 prévus soit une consommation de **94%**, dont la répartition par pays se trouve comme suit : au **Mali** 42 551 euros, au **Burkina Faso** 65 305 euros et au **Niger** 48 568 euros.

#### 3.4 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, 1 <sup>er</sup> 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								[														Ī		
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			1																					
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												

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

Lors de l'atelier de lancement du projet tenu à Bamako en septembre 2019, le plan de travail a été révisé. Dans la mesure où le contexte sanitaire dans les trois pays (pandémie de COVID-19), a fortement impacté la mise en œuvre des activités, le plan de travail a dû être à nouveau adapté en Juin 2020 à l'occasion de la demande d'avenant. Ce plan de travail est annexé au présent rapport.

Au Burkina Faso, le recrutement des ressources humaines a pris plus de temps que prévu, ce qui a eu un impact sur la planification des activités au niveau terrain après le lancement. La situation sécuritaire et la pandémie de COVID-19 ont également engendré des reports d'activités (c'est notamment le cas pour la formation des agents de santé et des acteurs communautaire et l'aménagement des espaces de stimulation).

#### 3.5 Suivi, évaluation, audit et autres études

#### 3.5.1 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 globales. 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.

3.5.2	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
3.5.3	Autres études:   Veuillez préciser:

#### 4. QUESTIONS TRANSVERSALES

#### 4.1 Veuillez décrire le niveau escompté de durabilité et/ou de connexité<sup>22</sup>.

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

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.

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 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 terme.

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.

# 4.2 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.

# 4.3 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.

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

Afin d'assurer la pérennité du projet, les collectivités territoriales sont désormais impliquées de manière formelle à travers la supervision des activités et les réunions de coordination (comité de pilotage). Cela permet d'avoir un impact certain sur leur engagement à soutenir les actions de stimulation où elles vont apporter leurs appuis en conseils, matériels, construction des espaces au sein des unités de prise en charge de la malnutrition.

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

Pas de changements ou de problème sur les aspects transversaux durant la mise en œuvre du projet.

# 5. MESURES DE SÉCURITÉ ET D'URGENCE

# 5.1 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.

### 5.2 Aspects relatifs à la sécurité

### 5.2.1 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<sup>23</sup>. 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

-

<sup>&</sup>lt;sup>23</sup> Bulletin humanitaire Mali, OCHA, Mai-Juin 2018

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 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.

5.2.2	Un protocole de sécurité spécifique a-t-il été établi pour cette action?								
	Oui	X	Non		Procédures standard				
		Si ou	ıi, précise	ez:					

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).

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

#### - Contexte sanitaire

**Au Mali**, l'apparition du COVID-19 le 25 mars 2020 (1er cas répertorié) a été suivie de mesures de confinement assez strictes, avec notamment la fermeture des frontières.

Certaines activités du projet ont ainsi dû être réorientées et adaptées au contexte COVID, d'autres activités ont été temporairement suspendues, et des activités additionnelles d'appui aux structures partenaires ont été mises en place, comme la dotation des structures partenaires en kits de prévention (dispositifs de lavage des mains, le savon, le gel hydro alcoolique, les gants, les masques, visuel/poster de prévention COVID, support USB pour sensibilisation...) ; les campagne de sensibilisation du grand public sur les gestes barrières et la donation de masques aux populations. Les activités ont pu reprendre progressivement à partir du mois de juillet 2020 mais la vigilance reste de mise. Les équipes projet au Mali restent en contact permanent avec la Direction Régionale de la Santé, le district sanitaire de Mopti et les leaders locaux pour la coordination des actions et l'information des populations afin de minimiser les risques de transmission de la maladie. Les équipes programme sont sensibilisées sur les modes de contagion

et les mesures de préventions comme l'installation de postes de lavage des mains avec des détergents, la mise en place de kits d'hygiène, le port de masque, la distanciation sociale... Des séances de sensibilisation et de guidance sur les gestes de prévention ont également été organisées en communauté par les acteurs communautaires du projet.

**Au Niger**, le 1er cas de COVID-19 a été enregistré le 19 mars 2020, avec un total de 7 cas positifs au COVID-19 enregistrés dans la région de Maradi. Les activités ont alors été impactées par les mesures mises en place par le gouvernement pendant cette période pour éviter la propagation. Le gouvernement nigérien a décidé de lever le couvre-feu et l'isolement de la ville de Niamey, respectivement le 13 et le 15 Juin 2020. La reprise des activités académique a été prévue pour le 1 juin 2020. A noter que le pays est, depuis le mois de Novembre, touché par une 2ème vague qui prend de l'ampleur. Le gouvernement a d'ailleurs décidé de suspendre les ateliers et séminaires et de renforcer le respect des gestes barrières dans les lieux de travail.

Au Burkina Faso, le projet PASSEPORT a dû adapter ses activités en fonction du contexte. En effet, les mesures gouvernementales prises pour limiter la propagation du virus (fermeture des frontières, restrictions de mouvement, interdiction des regroupements...) n'ont pas permis de conduire toutes les activités communautaires prévues (sensibilisation, visites à domicile) et ont rendu difficile le contact avec les acteurs du secteur public qui n'ont pas une grande culture du travail à distance (mauvaise couverture réseau). Le projet a néanmoins doté les différentes formations sanitaires d'intervention en dispositifs de lavage des mains, en savon et en gel hydro alcoolique. Certaines activités de sensibilisations ont été réadaptées en fonction de la situation. Les sorties terrain des agents de projet sont, aujourd'hui encore, limitées.

#### -Contexte sécuritaire

Au Niger, le contexte sécuritaire reste instable dans la bande sud longeant la frontière du Nigéria avec l'Etat de Sokoto, théâtre des incursions des groupes criminels. On note une augmentation d'incidents sécuritaires de Septembre à Décembre 2020 sur cette bande frontalière avec le département de Madarounfa et de Guidan Roumdji : 9 incursions contre 7 au cours du mois d'Aout 2020. De Mai à Décembre 2020, 99 incidents sécuritaires ont été rapportés dans la région. Les départements de Madarounfa et de Guidan Roumdji, plus particulièrement les villages des communes de Gabi, Madarounfa, Safo, Tibiri, Guidan Roumdji et Guidan Sory frontalières avec l'Etat de Sokoto sont les plus impactés. Il s'agit le plus souvent d'incursions et d'attaques à mains armées suivi d'enlèvements, de vols de bétails, occasionnant quelques fois des pertes en vies humaines et blessures corporelles. Malgré une accalmie apparente attribuée à la présence des forces de défense et de sécurité (FDS), notamment le Bataillon d'Intervention de Commandement des Opération Spéciales (BI-COS), la Compagnie Mobile de Contrôle Frontalière (CMCF) et les patrouilles départementales, des incidents sont toujours possibles, notamment du côté nigérian et dans les villages et campement nigériens situés à proximité de la frontière. Bien que les risques directs sur les humanitaires soient peu probables, ces derniers peuvent être des cibles d'opportunité pour ces groupes en se trouvant au mauvais endroit au mauvais moment.

**Au Burkina**, la situation sécuritaire reste préoccupante, particulièrement dans la zone d'intervention du projet. La bande sahélienne restant la région durement touchée par les incidents sécuritaires (régions du Sahel, Centre Nord, Nord, Est, Boucle du Mouhoun et Centre Est). La situation humanitaire a été marquée par les attaques croissantes et des déplacements de la population rapportés dans plusieurs localités. Les attaques et menaces des groupes armés sur la population ont également des répercussions sur le système de santé. Les personnels de santé ont été ciblés directement par les groupes armés, aboutissant parfois à la fermeture des formations sanitaires due au départ forcé du personnel soignant.

### - Contexte environnemental

Pour l'ensemble de la région de Maradi (Niger), 79 226 ménages dont 20 041 à Madarounfa ont été victimes d'inondations

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

#### a. La situation sanitaire:

Sur le plan sanitaire le Burkina, le Niger ainsi que le Mali ont été très impactés par le développement de la pandémie de COVID-19 nécessitant une demande d'avenant au mois de juin 2020 afin d'adapter la mise en œuvre au contexte de COVID-19. Ainsi, le projet a doté les différentes formations sanitaires d'intervention en guise de prévention en dispositifs de lavage des mains, en savon et en gel hydro alcoolique ; et certaines activités de sensibilisations ont été réadaptées en fonction de la situation. La pandémie de Covid19 demande toujours à l'heure actuelle une surveillance pour laquelle les systèmes de santé requièrent un renforcement à tous les niveaux.

Le Mali a été également très impacté par le COVID, particulièrement sur la région de Mopti. Les effets économiques sont nombreux : on prévoit une augmentation du niveau de pauvreté de 2.7%, notamment due à la forte perturbation des emplois dans les secteurs tertiaire et secondaire, à laquelle s'ajoutent une crise sécuritaire et humanitaire, ainsi que de graves inégalités liées au genre.<sup>24</sup>

#### b. La situation nutritionnelle

Au Mali, les projections sur la situation nutritionnelle et la sécurité alimentaire de manière plus générale laissent à désirer, notamment dans les régions du Nord qui restent en situation d'urgence nutritionnelle<sup>25</sup> et enregistrent le taux de malnutrition aiguë globale le plus élevé du pays. La prévalence nationale de la malnutrition aigüe globale en 2020 est de 7,2% contre 9,4% en 2019 (7,6% dans la région de Mopti) qui correspond à une situation nutritionnelle sérieuse selon la classification de l'OMS. La prévalence de la malnutrition aigüe basée sur la mesure du PB (Périmètre Brachial) varie d'une région à une autre avec la plus élevée dans la région de Mopti (3,5%). La région de Mopti est celle qui est apparue comme la principale pourvoyeuse de cette forme de malnutrition aigüe souvent responsable du décès des enfants de moins de 5 ans. La prévalence nationale de la malnutrition aigüe sévère (MAS) est de 1,3% (0,7% dans la région de Mopti).<sup>26</sup>. Ainsi, le Groupe Technique Nutrition (GTN) / Cluster soutien et renforce une approche coordonnée en matière de planification stratégique des interventions en nutrition, d'analyse situationnelle et de réponse nutritionnelle au Mali. Pour le cycle 2020-2022, les actions s'articulent autour de 3 objectifs sectoriels :

- Dépister et traiter les cas de la malnutrition aigüe (MAS et MAM).
- Surveiller et prévenir la malnutrition dans la population à risque.
- Promouvoir l'approche Nexus par la consolidation de l'intégration de la nutrition dans le paquet minimum d'activités à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et l'implication des secteurs sensibles et contributifs à la lutte contre la malnutrition.

Devant ce contexte, les enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère augmentent, et le risque est plus grand pour les enfants de moins de 5 ans, de souffrir de retard de développement psychomoteur ou de séquelles invalidantes consécutives à la malnutrition aigüe. Malgré des systèmes nationaux de gestion de la malnutrition bien structurés, les soins dispensés dans les

.

<sup>&</sup>lt;sup>24</sup> Analyse rapide des impacts socio-économiques du COVID-19 au Mali\_mai 2021/ Bulletin du cluster santé N°1 2021.

<sup>&</sup>lt;sup>25</sup> Seuil d'urgence de la malnutrition aiguë globale (MAG) 15 pour cent selon les normes de l'OMS.

<sup>&</sup>lt;sup>26</sup> Enquête Nutritionnelle et de Mortalité Rétrospective de type SMART-2020, Mali

centres de re-nutrition au niveau de la région intègrent moins d'activités d'éveil, pourtant indispensable dans la prévention / limitation des effets irréversibles de la malnutrition chez les enfants.

#### c. La situation sécuritaire :

La situation sécuritaire sur la région s'est globalement détériorée sur l'année 2021, avec notamment une augmentation importante des victimes civiles au Burkina Faso et au Mali.

En effet, le **Mali** est confronté depuis plusieurs années à une crise multidimensionnelle, la détérioration continue de la situation sécuritaire et les conséquences des catastrophes naturelles (inondations, sécheresses et épidémies) qui ont entraîné des destructions d'infrastructures, de biens et de moyens de production ou de subsistance, ainsi que des mouvements de déplacements forcés associés à de nombreuses violations des droits humains.

La situation sécuritaire dans la région de Mopti demeure préoccupante, à cause de la criminalité grandissante, la prolifération des groupes et milices armés, les conflits avec violences inter communautaires, la destruction des villages, des infrastructures publiques, des incidents liés aux engins explosifs improvisés (EEI) mais aussi par la transhumance et ses corolaires. A cela s'ajoutent les contraintes d'accès physique à certaines localités du fait de l'absence ou l'état défectueux des infrastructures routières, la voie fluviale récemment perturbée par des attaques, des interpellations et enlèvements de civiles et de travailleurs humanitaires.

Cette situation sécuritaire a un fort impact sur l'accès aux services sociaux de base avec une dégradation des ressources agro-écologiques. La conjonction de tous ces facteurs fragilise encore les moyens d'existence des populations vulnérables et aggrave leur insécurité alimentaire et nutritionnelle.

Au **Burkina Faso**, la situation sécuritaire reste particulièrement préoccupante dans la zone d'intervention du projet. La bande sahélienne restant la région durement touchée par les incidents sécuritaires (régions du Sahel, Centre Nord, Nord, Est, Boucle du Mouhoun et Centre Est). La situation humanitaire a été marquée par des attaques croissantes et d'importants déplacements de la population. Les attaques et menaces des groupes armés sur la population ont également des répercussions sur le système de santé. Les personnels de santé ont été ciblés directement par les groupes armés, aboutissant parfois à la fermeture des formations sanitaires due au départ forcé du personnel soignant.

Malgré la détérioration du climat sécuritaire dans la province du Yagha, zone d'intervention du projet, les équipes du ont pu maintenir un accès aux localités d'intervention notamment sur les communes de Solhan (Solhan, Sambagou), de Sebba (Gatougou, Sebba) et de Titabé (Batibogou, Titabé), notamment grâce à la nature des interventions relevant d'un accès aux besoins de base, notamment dans le domaine sanitaire.

Néanmoins, le contexte sécuritaire s'est davantage détérioré suite à l'attaque meurtrière sur la localité de Solhan et ses périphéries dans la nuit du 04 au 05 juin 2021, considérée comme l'attaque la plus meurtrière depuis le début des attaques armées des groupes armés non étatiques (GANE) au Burkina Faso. Au lendemain de cette attaque, plusieurs opérations des Forces de Défense et de Sécurité (FDS) ont été opérées sur de supposées positions des GANE, transformant les zones d'intervention du projet en zone d'affrontements. Aussi suite à cette attaque, de nouvelles mesures restrictives ont été prises par le gouverneur de la région du Sahel :

 L'interdiction de circulation des engins à deux et trois roues de jour comme de nuit sur tout le Yagha et certaines communes du Séno et l'Oudalan  La fermeture des sites d'orpaillage artisanal et le rationnement de la vente de carburant

Ainsi ces restrictions nouvelles combinées aux opérations des FDS ont eu comme impact :

- L'instauration de déplacements en convoi avec escorte armée sur le tronçon Sebba-Solhan, zone d'intervention du projet, allant à l'encontre des règles de sécurité HI qui interdisent tout déplacement avec escorte armée. Cette situation a été rapportée quelques temps après la mise en œuvre. Ce qui a permis de poursuivre les sorties en fonction des alertes du département sécurité de HI
- La réduction de la capacité de déploiement des équipes projet (interdiction de circulation des deux et trois roues beaucoup utilisées par les équipes) à atteindre les populations bénéficiaires en particulier sur la commune de Solhan (CSPS incendié), certaines localités de la commune de Sebba (Gatougou) et la localité de Titabé.
- Réduction de l'accès des populations à l'aide et aux services sociaux de base (incendie du CSPS et réduction de mobilité liée à l'interdiction de circulation des deux et trois roues);
- o Une réduction et/ou lenteur de l'acheminement des assistances ;
- Augmentation de personnes déplacées internes à Sebba, en particulier les rescapés de la fusillade de Solhan et villages environnants fuyant les zones de combats;
- o L'arrivée de plusieurs organisations humanitaires internationales et nationales pour apporter assistance aux nombreux déplacés.

Enfin au **Niger**, l'aggravation de l'insécurité dans le département de Madarounfa, zone d'intervention du projet, marquée par des séries d'enlèvements, des attaques à mains armées et du vol de bétail dans la zone de Gabi et Sarkin Yamma, a malheureusement résulté sur le retrait de deux centres d'intervention qui ont été remplacés par deux autres centres. Ainsi donc les centres de Maraka et Tchidafawa de la commune de Gabi ont dû être remplacés par les centres de Angoual Mata et Goulbawa de la commune de Madarounfa et Djiratawa. Ce changement a suscité des nouvelles dépenses dans les formations des acteurs des nouveaux centres, la construction des espaces de stimulation ainsi que leur dotation en jouets et outils de stimulation.

### d. Les mouvements de population :

Des mouvements de population importants sont visibles en conséquence de l'insécurité persistante et de la perte des moyens de production. La plupart des déplacés vivent en familles dans les différentes communautés d'accueil et leur présence constitue un élément de pression supplémentaire sur les ressources disponibles. Au Mali, le nombre de PDI est passé de 120 067 personnes (rapport DTM juin 2019 au démarrage du projet) à 350 866 en janvier 2022.

Au Burkina Faso, la situation sécuritaire s'est fortement dégradée sur la zone d'intervention du projet particulièrement au dernier trimestre avec en toile de fond des attaques GANE contre les populations civiles, des VDP et des FDS. Les récentes violences et incursions ont par ailleurs touché la zone d'intervention, ce qui a conduit à une fuite des agents de santé des zones rurales touchées dont ils sont parfois les victimes directes et une fermeture ou fonctionnement a minima des centres de santé générant du coup une psychose au sein des agents de projet impactant du coup le planning des activités. On dénombre plus de 1.4 millions de Déplacés internes à la date du 30 Novembre 2021 sur les régions du Nord et du sahel.

Au Niger, le contexte sécuritaire de la région Maradi est resté instable et tendu dans les localités situées dans la bande sud de la région frontalière avec le Nigeria par la résurgence des incursions des groupes armés criminels.

Pour l'ensemble de la région de Maradi, **2 185** ménages de **17 262** personnes déplacés internes ont fait l'objet d'enregistrement à la date du 31 octobre 2020 ; **8 515** réfugiés sont relocalisés à la même date dans les villages d'opportunités.

### 6. COORDINATION SUR LE TERRAIN

6.1 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.

### 6.2 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.

#### 6.3 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.

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

Au Niger, la pandémie de COVID-19 et les difficultés associées en termes de déplacements internationaux n'ont pas permis d'organiser certaines activités de coordination. Les activités concernées sont : la réunion de coordination, la mission de suivi de HI Belgique, la mission d'appui de la référente technique réadaptation et, enfin, l'évaluation à mi-parcours qui était prévue après 12 mois de mise en œuvre des activités du projet. Toutes ces activités feront l'objet d'une nouvelle planification, dès lors que la situation sanitaire permet la tenue de ces réunions/ missions.

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

Pas de changements à signaler.

### 7. PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE

### 7.1 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).

# 7.2 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.

# 7.3 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.

- 7.4 [INT] En cas de changements, veuillez préciser
- 7.5 [FIN] En cas de changements, veuillez préciser

Pas de changements à signaler.

# 8. ACTIVITÉS DE COMMUNICATION, DE VISIBILITÉ ET D'INFORMATION

### 8.1 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.

# 8.2 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.

### 8.3 Activités de publication prévues

### 8.4 [INT] En cas de changements, veuillez préciser

En termes de visibilité, le logo du bailleur (DGD) a pu être utilisé au Burkina Faso sur certains matériels mis à la disposition des acteurs terrain (système de lavage des mains, sacs, les malle pour la conservation des jouets). Les photos sont annexées au présent rapport.

# 8.5 [FIN] Rapport sur les activités pertinentes

Au niveau du Niger, au regard de l'enveloppe budgétaire il a été décidé de supprimer cette activité et de rechercher des financements ailleurs pour la financer.

Sur la durée du projet, 4 newsletters ont été produites et diffusées sur les avancées du projet. Par ailleurs, des éléments de visibilité du projet ont été intégrés sur les kits distribués (logo bailleur, logo HI etc.)

### 9. RESSOURCES HUMAINES

### 9.1 Veuillez indiquer les chiffres globaux par fonction et par statut

Fonction	Statut <sup>27</sup>	Nombre de personnes	Nombre d'hommes/m ois 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

Expatriés, personnel local, personnel du partenaire de mise en œuvre,...

-

Fonction	Statut <sup>27</sup>	Nombre de personnes	Nombre d'hommes/m ois dans le programme	Remarques
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 sociosanitaires 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 Réadaptation	Local	2	6	(1 sur Niger/Burkina Faso; 1/Mali) Temps partiel - Appui technique aux 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

Fonction	Statut <sup>27</sup>	Nombre de personnes	Nombre d'hommes/m ois dans le programme	Remarques	
				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	
	Local	2	3	sécurité des équipes sur le terrain	
Équipes du service administratif et	Expatrié	2	1	Appuie les activités sur tous les aspects administratifs et financiers (paiements des fournisseurs, suivi des contrats	
financier	Local	12	51	enregistrement comptable, suiv financier, gestion des ressource humaines, secrétariat); assurent le contrôle interne aux différents niveaux	

# 9.2 [INT] En cas de changements, veuillez préciser

Au stade de la proposition initiale, il était prévu de recruter 3 kinésithérapeutes (1 par pays). Or, au Niger, la réglementation en vigueur (l'engagement d'un prestataire sur une longue période n'étant pas possible), un 2ème kinésithérapeute a dû être recruté.

### 9.3 [FIN] En cas de changements, veuillez préciser

Pas de changements à signaler.

# 10. INFORMATIONS ADMINISTRATIVESQA

### 10.1 Nom et titre du représentant légal signant la convention

Erwin TELEMANS Directeur Général Handicap International Belgique

# 10.2 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

# 10.3 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

# 10.4 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

\_\_\_\_\_