



**CROIX-ROUGE**  
de Belgique



## **Evaluation du projet « Renforcement de l'intégration de la prise en charge de la malnutrition aiguë globale dans le système de santé de la région du Sahel »**

### **Rapport final**



Développement de projets de  
santé publique sans frontières,  
pour promouvoir l'équité et  
la qualité de santé pour tous.

**BUREAU D'EXPERTISE  
SANTÉ PUBLIQUE**

#### **EQUIPE DE CONSULTANTS**

Richard MANIRAMBONA: Consultant chef de mission  
Souleymane KABORE : Consultant associé

Jun 2017

## Remerciements

---

La présente évaluation n'aurait pas pu voir le jour sans le concours des efforts de certaines personnes à qui nous devons notre gratitude. C'est pour cette raison que le Bureau d'Expertise en Santé Publique (BEST SPRL) tient à remercier vivement toutes les personnes physiques ou morales qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de cette activité.



C'est notamment :

- ✓ La Croix Rouge de Belgique pour sa confiance placée en BEST SPRL,
- ✓ L'équipe de la Croix Rouge de Belgique et celle de la Croix Rouge Burkinabé (à Ouagadougou et au Sahel) pour l'accueil chaleureux, la préparation de la mission et pour toutes les facilités mises à notre disposition,
- ✓ La direction régionale du Sahel et l'ensemble des équipes cadres de district pour nous avoir autorisées de faire la collecte de données dans formation sanitaires de leur ressort,
- ✓ Les différents répondants pour nous avoir consacré leur temps pour répondre à nos questions
- ✓ L'équipe des enquêteurs pour le courage manifesté pendant cette période de collecte de données.
- ✓ Le chauffeur pour nous avoir assuré le déplacement pendant toute la période de collecte de données

## Sigles et abréviations

---

ANOVA	Analyse de la variance
ASBC	Agent de santé et de promotion sociale
ATPE	Aliment thérapeutique
CAD	Comité d'Aide au Développement
CAPN	Centre d'accueil et de promotion de la nutrition
CHR	Centre hospitalier régional
COGES	Comité de gestion des centres de santé
CPS	Chimio-prévention saisonnier du paludisme
CR	Croix-Rouge
CRB	Croix-Rouge de Belgique
CRBF	Croix-Rouge du Burkina Faso
CSPS	Centre de santé et promotion sociale
CVN	Comité villageois de nutrition
DG	Directeur général
DGCD	Direction générale de la coopération au développement
DRS	Direction régional de la santé
DS	District
ECD	Equipe cadre de district
ECHO	Commission européenne chargée de l'aide humanitaire
ENDOS	Entrepôt national des données sanitaires
FCFA	Franc de la communauté financière d'Afrique
FEFA	Femme enceinte et femme allaitante
FS	Formation sanitaire
ICP	Infirmier chef de poste
MCD	Médecin chef de district
OBC	Organisation à base communautaire
OCDE	Organisation de la coopération et le développement économique
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PA	Plan d'action
PAIC	Plan d'investissement des communes
PCA	Prise communautaire de la malnutrition aiguë
PCIMA	Prise en charge intégrée de la malnutrition
PDC	Plan de développement communal
PMA	Paquet minimum d'activité
PNDES	Plan national de développement économique et social
PNDS	plan national de développement sanitaire
PTF	Partenaire technique et financier
REACH	Renewed efforts against child hunger
SIS	Système d'information sanitaire
SUN	Scaling up nutrition
TDR	Termes de référence
UCOGES	Union des comités de gestion des centres de santé
UNICEF	Fonds des nations unies pour l'enfance

## Table des matières

---

Remerciements .....	i
Sigles et abréviations .....	ii
Table des matières .....	iii
Liste des tableaux .....	v
Liste des figures .....	v
Synthèse .....	vi
I. Introduction .....	1
I.1. Contexte de l'évaluation .....	1
I.2. Objectifs de l'évaluation .....	2
I.2.1. Objectif global.....	2
I.2.2. Objectifs spécifiques.....	2
I.3. Critères d'évaluation .....	2
II. Méthodologie de l'évaluation .....	3
II.1. Type d'étude .....	3
II.2. Déroulement de l'évaluation.....	3
II.2.1. Phase de cadrage .....	3
II.2.2. Phase de collecte de données sur le terrain.....	4
II.2.3. Phase de restitution et rapportage .....	4
II.3. Procédures d'échantillonnage et cibles .....	4
II.4. Analyse de données .....	5
II.5. Assurance qualité .....	5
II.6. Difficultés rencontrés .....	6
III. Résultats et discussions .....	7
III.1. Pertinence .....	7
III.1.1 Contexte justifiant la pertinence du projet .....	7
III.1.2 Alignement du projet avec la politique nationale ainsi que sa réponse aux besoins de la population (problèmes réels et identifiés).....	8
III.1.3. Activités du résultat sur l'intégration et réponses aux objectifs du projet Echo9 .....	8
III.2. Processus de mise en œuvre .....	10
III.3. Efficacité.....	12
III.3.1. Dans quelle mesure les activités mises en œuvre ont contribué à l'atteinte du résultat sur l'intégration ?.....	13
III.3.2. A part les actions du projet phase 9, y aurait-il d'autres qui ont contribué à l'atteinte du résultat sur l'intégration et comment?....	21

III.3.3. Les zones de santé bénéficiant des appuis de la CRB présenteraient-elles de meilleurs résultats sur l'intégration que les non bénéficiaires? .....	21
III.3.4. Quels sont les éléments qui ont été un frein ou un levier dans l'atteinte à l'intégration de la PCIMA? .....	22
III.3.5. Où faudrait-il concentrer les efforts pour obtenir une amélioration durable de la qualité de la PCIMA?.....	22
III.4. Efficience .....	23
III.4.1. Les ressources (humaines, financières, autres) allouées au résultat sur l'intégration étaient-elles optimales? .....	23
III.4.2. Quels sont les avantages apportés par les activités mises en œuvre eu égard de ses coûts?.....	24
III.4.3. Existe-t-il une synergie ou une complémentarité du financement du projet avec ceux des autres partenaires intervenant dans les mêmes zones ? .....	24
III.4.4. D'autres actions auraient elles permis d'atteindre le même résultat à un coût moins élevé et dans les mêmes délais? .....	24
III.5. Impact .....	25
III.5.1. Effets positifs durables .....	25
III.5.2. Effets négatifs durables .....	26
III.6. Durabilité/pérennité .....	26
IV. Conclusions et enseignements .....	28
V. Améliorations souhaitables (recommandations).....	29
VI. Plan de mise en œuvre des recommandations .....	31
VII. Annexes .....	34
Annexe.1. Termes de référence.....	34
Annexe.2. Note méthodologique .....	47
Annexe.3. Liste des personnes interviewées .....	65
Annexe.4. Liste des documents consultés .....	67
Annexe 5. Liste des enquêteurs .....	67

## Liste des tableaux

---

Tableau 1: Niveau d'atteinte des résultats .....	13
Tableau 2: Couverture indirecte de la PCIMA en fonction de la catégorie des scores de performance d'intégration des différents piliers .....	20

## Liste des figures

---

Figure 1: Score de performance global par district sanitaire de la région du Sahel, 2017..	15
Figure 2: Distribution des performances (en %) par pilier dans les 4 DS du Sahel, 2017 ....	16
Figure 3: Distribution de la participation des parties prenantes à l'élaboration du PA du CSPS .....	17
Figure 4: Distribution du niveau d'intégration des activités de nutrition dans le PAIC et le PA des CSPS.....	17
Figure 5: Distribution de la durée moyenne de séjour en PCA par district sanitaire .....	18
Figure 6: Distribution de la couverture indirecte de la PCIMA en fonction des DS.....	19
Figure 7: Couverture indirecte en PCIMA en fonction du score de performance globale d'intégration .....	19

## Synthèse

---

La présente évaluation a eu pour objectif de juger de la pertinence, de l'efficacité, de l'efficience, de l'impact, et de la pérennité de la prestation en liaison avec le résultat 3 du projet « *Renforcement de l'intégration de la prise en charge de la malnutrition aiguë globale dans le système de santé de la région du Sahel* » mis en œuvre par la Croix-Rouge de Belgique (CRB), en partenariat avec la Croix-Rouge Burkinabé (CRBF). Ledit résultat 3 de ce projet était ainsi formulé : « *Les structures étatiques et les collectivités locales de la région du Sahel améliorent leur niveau d'appropriation des activités de nutrition* ».

Cette évaluation a utilisé la méthode mixte (qualitative et quantitative) de collecte et d'analyse des données. Les constats suivants ont été notés à l'issue de l'évaluation :

L'élaboration de la phase 9 du projet ECHO 2016-2017 et en particulier les prestations en lien avec l'intégration de la PCIMA dans le système de santé burkinabè a utilisé une approche participative impliquant les acteurs de la direction régionale de la santé (DRS) et des districts de la région du Sahel (DS). Cela a eu pour avantage, la prise en compte des besoins du système de santé ainsi que l'alignement du projet avec la politique et les priorités du Burkina Faso comme l'indiquent le plan national de développement économique et social (PNDES) et le plan national de développement sanitaire (PNDS) du pays. En effet, pour les acteurs interviewés, la nécessité d'aller vers une appropriation effective de la prise en charge intégrée de la malnutrition (PCIMA) se justifie par les raisons suivantes : la réduction progressive du financement du secteur de la santé (par les bailleurs de fonds), les difficultés de mobilisation des fonds, et le besoin de pérenniser les actions de lutte contre la malnutrition. Toutefois, certains maires ont déploré l'insuffisance de leur implication dans le processus d'élaboration du projet.

La mise en œuvre du projet était globalement satisfaisante. La gestion participative du projet avec les acteurs de la DRS et des districts et la bonne collaboration de l'équipe du projet avec les autres partenaires techniques et financiers de la région du Sahel ont facilité l'atteinte de ce résultat. Cependant certaines difficultés de programmation des activités (conflits de calendriers entre certaines activités du projet et celles du ministère de la santé), les ruptures des intrants de prise en charge de la malnutrition (bien que sa responsabilité n'incombait pas à la Croix-Rouge) ont émaillé l'exécution des activités.

L'analyse du niveau d'intégration de la PCIMA dans le système de santé a été réalisée à l'aide des données issues de l'évaluation de l'intégration des districts sanitaires et des CSPS réalisé en Mars 2017 par la DRS et les DS avec l'appui de la Croix-Rouge. Elle a noté que 2 indicateurs sur les 3 du résultat 3 ont été atteints. Il s'agit des indicateurs relatifs à la proportion des équipes cadres des districts (ECD) ayant un score d'intégration de la PCIMA au système de santé supérieur à 75% et celle des CSPS bénéficiaires de financement des communes pour au moins 3 activités opérationnelles de nutrition. Le niveau d'intégration de la PCIMA dans le système de santé est meilleur dans le district sanitaire de Gorom-Gorom. Aussi, la gouvernance est le pilier qui est le moins performant (71,4%). Il existe une association statistiquement significative entre la couverture indirecte de la PCIMA et les trois piliers suivants : Financements, Ressources humaines et qualité des prestations.

Quant aux collectivités territoriales, il ressort des interviews que la plupart des maires deviennent de plus en plus conscients de la nécessité de prendre en compte la lutte contre

la malnutrition dans leurs plans de développement communaux même s'ils signalent l'insuffisance des moyens financiers des communes pour son financement. Le nombre de rencontre de plaidoyers auprès des maires n'était pas aussi suffisant.

Cependant, bien que la durée de mise en œuvre des activités du résultat 3 soit relativement courte, des effets notables ont été notés. Il s'agit notamment de la prise de conscience et de l'engagement des maires en faveur de la lutte contre la malnutrition, des compétences des ECD et de la DRS en matière d'évaluation du niveau d'intégration de la PCIMA dans le système de santé et de l'appropriation des outils de l'évaluation de l'intégration par la Direction de la nutrition du ministère de la santé burkinabè.

- **Recommandations :**

En se basant sur les résultats de la présente évaluation et sur les principales leçons apprises, la mission d'évaluation formule des recommandations suivantes :

- i. **A la Direction de la nutrition**

- ✚ **Prendre les dispositions pour la satisfaction des besoins en intrants de prise en charge de la malnutrition**
  - Réaliser une estimation des besoins de la base vers le haut avec une implication effective des parties prenantes
  - Faire un plaidoyer pour l'augmentation du financement des intrants par l'Etat
- ✚ **Faire des plaidoyers pour l'intégration des modules de prise en charge de la malnutrition dans les curricula des écoles de formations en santé**

- ii. **A la DRS et aux ECD**

- ✚ **Saisir l'opportunité des sessions de réallocation du financement des plans d'actions des districts pour inscrire les activités du projet dans leurs PA**
  - Inviter la Croix-Rouge à la session de réallocation
  - Inscrire les activités du projet dans les PA
- ✚ **Primer les ASBC et les CAPN qui ont excellé dans la lutte contre la malnutrition**
  - Définir des critères de classement des ASBC et des CAPN
  - Décerner des prix (attestations, nature, argent...)
- ✚ **Renforcer le suivi de l'élaboration des plans d'action des CSPS**
  - Élaborer un canevas d'élaboration des plans d'action des CSPS selon l'approche de la gestion axée sur les résultats
  - Former les ICP sur la gestion axée sur les résultats
  - Coacher les ICP lors de l'élaboration de leur plan d'action
  - Veiller à la transmission des plans d'action aux maires et à l'ECD

- iii. **Aux ICP**

- ✚ **Participer aux sessions budgétaires des communes**
  - Faire l'expression des besoins des CSPS en matière de nutrition
  - Adresser une requête au maire
  - Faire un plaidoyer en faveur de la nutrition lors des sessions budgétaires de la commune
- ✚ **Associer les conseillers communaux, le COGES et les OBC à l'élaboration des plans d'action des CSPS**
  - Inviter les conseillers à participer à l'analyse de la situation des CSPS et à l'identification des actions à planifier
  - Transmettre les plans d'action aux communes et à l'ECD
- ✚ **Transmettre les rapports mensuels d'activités des CSPS aux communes**

- Élaborer un rapport synthétique mensuel des activités de nutrition des CSPS (couverture et indicateurs de performance de PCIMA)
- Transmettre le rapport synthétique aux communes

#### iv. A la CRBF

##### ✚ **Former les maires, les membres des conseils communaux, les COGES de la région du Sahel en plaidoyer et mobilisation des ressources.**

- Faire un état des lieux des potentialités de financement de la lutte contre la malnutrition dans la région du Sahel
- Élaborer un plan de plaidoyer et de mobilisation des ressources
- Former les élus locaux sur le plaidoyer et de mobilisation des ressources

##### ✚ **Assurer un suivi individuel (par commune) des engagements pris par les maires lors des rencontres de plaidoyer**

- Réaliser des visites de suivi dans les communes (appui-conseils) avant leurs sessions budgétaires et l'élaboration de leurs PDC

##### ✚ **Impliquer les maires et les conseillers communaux dans le processus de planification et d'élaboration (analyse de la situation et identification des activités) des projets de la Croix-Rouge**

- Convier les maires à l'analyse de la situation de l'intégration de la malnutrition dans le système de santé
- Soumettre à leur appréciation le cadre logique du projet

#### v. A la CRB

##### ✚ **Aligner le cycle de planification des projets de la Croix-Rouge à celui du système de santé burkinabè**

- Faire un plaidoyer auprès d'ECHO
- Entamer l'élaboration des projets dès le début du 4<sup>e</sup> trimestre de l'année (période d'élaboration des plans d'action des districts et de la DRS)

##### ✚ **Rechercher des financements additionnels auprès des bailleurs finançant des développements pour le financement de l'intégration de la PCIMA au système de santé**

- Plaidoyers auprès des bailleurs de fonds finançant des projets de développement
- Documenter (réaliser une étude) le lien entre intégration et réduction de la morbidité et de la mortalité de la malnutrition et de ses pathologies associées en vue de soutenir les actions de plaidoyer en faveur de l'intégration

## I. Introduction

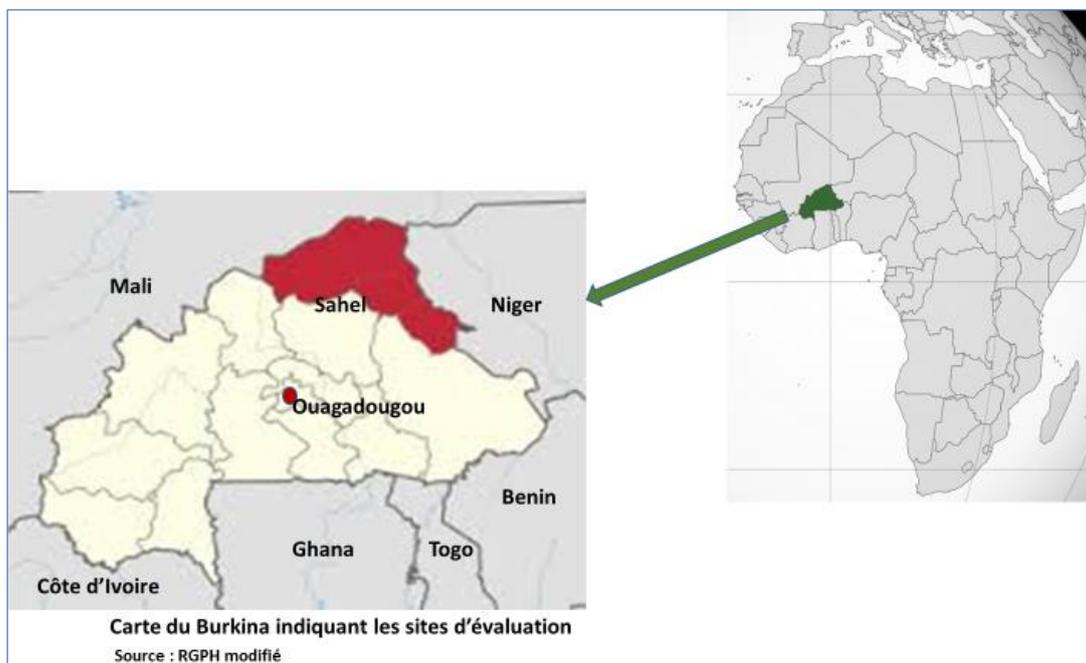
---

### I.1. Contexte de l'évaluation

Depuis février 2014, la Croix-Rouge de Belgique (CRB) en partenariat avec la Croix-Rouge du Burkina Faso, met en œuvre un projet de renforcement de l'intégration de la prise en charge de la malnutrition aiguë globale dans le système de santé de la région du Sahel au Burkina Faso, avec le soutien financier de la Direction générale pour la protection civile et les opérations d'aide humanitaire européennes de la Commission européenne (ECHO).

Ce projet s'inscrit dans le cadre d'un programme de lutte contre la malnutrition initié en 2007 dans le souci de renforcer le système de santé tout en apportant un appui aux communautés non seulement dans la prise en charge de la malnutrition aiguë, mais aussi dans le développement des mécanismes de résilience face à l'insécurité alimentaire.

L'intégration de la prise en charge de la malnutrition aiguë globale dans le système de santé est un processus par lequel les institutions sanitaires aux différents niveaux acquièrent une certaine autonomie dans l'organisation, l'exécution et le financement des activités de prise en charge de la malnutrition au sein du paquet minimum d'activités et dans un contexte de mise à l'échelle effective<sup>1</sup>. Le projet a développé une approche participative basée sur l'utilisation d'outils d'autoévaluation de l'intégration conçus à partir des six piliers du renforcement du système de santé définis par l'OMS (gouvernance, financement, ressources humaines, approvisionnement, système d'information sanitaire et prestation de service).



Ce projet a été mis en œuvre dans un contexte particulier. En effet, le Burkina Faso compte 19 632 147 habitants en 2017 dont 3 383 595 enfants de moins de cinq ans (en 2015)<sup>2</sup>. L'on estime qu'en 2015, 350 000 enfants souffraient de malnutrition aiguë modérée

<sup>1</sup> Définition CRB/Rapport capitalisation du projet

<sup>2</sup> Institut National de la Statistique et de la démographie du Burkina Faso, annuaire statistique, 2016

et 149 000 autres de malnutrition aiguë sévère au Burkina Faso<sup>3</sup>. Selon le rapport de l'enquête nutritionnelle nationale (SMART) réalisée en 2016, la prévalence de la malnutrition aiguë globale était de 7,6% avec 1,4% de forme sévère. Par ailleurs, le pays est confronté depuis deux ans à des attaques terroristes récurrentes engendrant un renforcement de la surveillance des forces de l'ordre burkinabè.

La région du Sahel qui compte quatre districts sanitaires et vingt-six communes a non seulement une prévalence de la malnutrition aiguë globale supérieure à la moyenne nationale (7,9%), mais également une prévalence en malnutrition chronique (33,1%)<sup>4</sup> supérieure au seuil critique de l'OMS en 2016.

La présente évaluation qui couvre la période de mise en œuvre de la phase 9 du projet financé par ECHO et mise en œuvre à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2016 au 31 mars 2017 (projet Nutrition ECHO 9) se concentrera sur la région du Sahel. Elle vise à juger de la pertinence, de l'efficacité, de l'efficience, de l'impact, et de la pérennité de la prestation en liaison avec le résultat 3 du présent projet : «Les structures étatiques et les collectivités locales de la région du Sahel améliorent leur niveau d'appropriation des activités de nutrition».

## **I.2. Objectifs de l'évaluation**

### ***1.2.1. Objectif global***

L'objectif de cette évaluation est de juger de la pertinence, de l'efficacité, de l'efficience, de l'impact, et de la pérennité de la prestation en liaison avec le résultat 3 du projet susmentionné, à savoir « *Les structures étatiques et les collectivités locales de la région du Sahel améliorent leur niveau d'appropriation des activités de nutrition* ».

### ***1.2.2. Objectifs spécifiques***

Plus spécifiquement, il s'agissait :

- (i) D'analyser le processus de planification et de mise en œuvre des activités du projet en liaison avec le résultat 3 du projet Nutrition ECHO 9;
- (ii) D'examiner de manière systématique et objective la pertinence, l'efficacité, l'efficience, la durabilité et l'impact des activités en liaison avec le résultat 3 du projet Nutrition ECHO 9 ;
- (iii) D'identifier les actions ayant stimulé ou freiné l'intégration de la PCIMA dans le système de santé dans la région de Sahel.

## **I.3. Critères d'évaluation**

L'évaluation s'est concentrée sur une série de questions en lien avec les objectifs de la présente mission. Les critères d'évaluation retenus correspondent aux principaux critères suggérés par le Comité d'Aide au Développement (CAD) de l'OCDE en matière d'évaluation.

Ces critères sont :

---

<sup>3</sup> Fiche-info Echo Union Européenne

<sup>4</sup> Enquête nutritionnelle nationale (SMART) 2016.

- **La pertinence** : Mesure selon laquelle les objectifs de l'action correspondent aux attentes des bénéficiaires et aux besoins du territoire. La pertinence concerne la valeur ajoutée du projet. Sa mise en œuvre est-elle motivée? La pertinence d'un projet repose principalement sur sa conception. Elle concerne la mesure dans laquelle les objectifs envisagés par le projet répondent correctement aux problèmes identifiés ou aux besoins réels des bénéficiaires.
- **L'efficacité** : L'efficacité décrit la réalisation des objectifs. C'est la comparaison entre les objectifs fixés au départ et les résultats atteints. L'intérêt est de mesurer des écarts et de pouvoir les analyser.
- **L'efficience** : L'efficience concerne l'utilisation rationnelle des moyens à disposition et vise à analyser si les objectifs ont été atteints à moindre coût (financier, humain et organisationnel). Le critère d'efficience mesure la relation entre les différentes activités, les ressources disponibles, et les résultats prévus. Il s'agit donc de voir si des résultats similaires auraient pu être obtenus par d'autres moyens, à un coût moins élevé et dans les mêmes délais.
- **L'impact**: L'étude de l'impact mesure les retombées de l'action à moyen et long terme, c'est l'appréciation de tous les effets, du projet sur son environnement, effets aussi bien positifs que négatifs, prévus ou imprévus. L'impact mesure si les bénéfices reçus par les destinataires ciblés ont eu un effet global plus large sur un plus grand nombre de personnes dans le secteur, la région ou le pays dans son ensemble.
- **La durabilité (pérennité)**: Le cinquième critère, la durabilité (ou encore pérennité ou viabilité), vise à savoir si les effets du projet perdureront après son arrêt. C'est l'analyse des chances que les effets positifs de l'action se poursuivent lorsque l'aide extérieure aura pris fin. La viabilité, permet de déterminer si les résultats positifs du projet sont susceptibles de perdurer une fois taris les financements externes. Viabilité financière mais aussi opportunité de reproduire ou généraliser le programme à plus grande échelle

## **II. Méthodologie de l'évaluation**

---

### **II.1. Type d'étude**

Il s'agit d'une étude transversale évaluative combinant l'approche quantitative et l'approche qualitative.

### **II.2. Déroulement de l'évaluation**

Le déroulement de cette évaluation s'est fait en trois phases qui sont (i) la phase de cadrage, (ii) la phase de collecte des données sur le terrain et (iii) la phase de restitution et rapportage.

#### ***II.2.1. Phase de cadrage***

Cette phase a débuté par une analyse documentaire consistant à lire les différents documents en rapport avec le projet. Elle a débouché ensuite à l'élaboration d'une note

méthodologique et des outils de collecte de données qui ont été par la suite soumis au comité de pilotage pour validation.

### ***II.2.2. Phase de collecte de données sur le terrain***

La collecte de données a été réalisée pendant huit jours à raison de deux jours à Ouagadougou et de six jours dans le Sahel.

A Ouagadougou, les données ont été récoltées par les Consultants et dans la région de Sahel, ces derniers ont été appuyés par une équipe de 4 Enquêteurs.

La collecte de données de cette évaluation a utilisé la méthode mixte associant une approche qualitative et quantitative.

L'approche qualitative a permis de mener des entretiens approfondis et des focus group avec les différentes parties prenantes du projet. Une observation directe de l'organisation des soins, de l'environnement de travail, du matériel et des équipements a été également réalisée dans les CSPS.

Quant à l'approche quantitative, elle a permis, sur base des informations se trouvant dans la base de données de l'évaluation de l'intégration réalisée en mars 2017, de faire des analyses statistiques afin de pouvoir faire des comparaisons entre les districts sanitaires pour chacun des 6 piliers, puis déterminer l'aspect le plus performant et celui pour lequel il y a nécessité de fournir beaucoup d'efforts.

### ***II.2.3. Phase de restitution et rapportage***

A l'issue de la mission terrain, une présentation des résultats préliminaire a été effectuée auprès des équipes de la CRB et la CRBF à Ouagadougou. Les Consultants ont par la suite rédigé le présent rapport provisoire qui est transmis en version électronique aux membres du Comité de Pilotage. Une présentation de ce rapport provisoire a été réalisée à Bruxelles par le Consultant Chef de mission.

Sur base de retours de la CRB et de la CRBF, un rapport final sera élaboré et soumis en 2 exemplaires papiers, ainsi qu'en version électronique. La mise en forme du rapport final tiendra compte de toutes les exigences précisées dans les TDRs et dans le contrat.

## **II.3. Procédures d'échantillonnage et cibles**

Eu égard à l'approche mixte évoquée plus haut, cette évaluation a appliqué la méthode d'échantillonnage à choix raisonné. Ainsi, les cibles suivantes ont été retenues :

- au niveau central : la Direction de la nutrition
- au niveau de la CR burkinabè : le Représentant pays de la CRB, l'Assistant au coordinateur santé de la CRBF en charge de la nutrition, le Coordinateur santé de la CRBF et l'équipe projet,
- au niveau du Bailleurs de fonds : DG ECHO,
- Au niveau de la DRS du Sahel (DRS et point focal nutrition),
- Au niveau des quatre districts (MCD, point focal nutrition).
- Au niveau des CSPS : ICP, un point focal nutrition, deux membres du COGES (Président et Trésorier)
- Au niveau des collectivités locales : Un Maire ou son représentant
- Au niveau communautaire : Focus group avec les FEFA et Focus group avec les ASBC

Deux CSPS par district sanitaire ont été tirés au hasard. Cet échantillonnage a permis de rencontrer plus de 60 personnes en entretien individuels, 8 focus group des FEFA et 8 focus group des ASBC.

De même, suite à l'émergence du rôle important joué par les CAPN dans la PCIMA au niveau communautaire au cours des entretiens menées les 2 premiers jours de la collecte de données dans la région de sahel, les évaluateurs ont décidé de visiter 2 CAPN. Il s'agit du CAPN de Bellaré (DS Dori) et du CAPN de Jogoro (DS SEBBA).

#### **II.4. Analyse de données**

L'analyse des données a utilisé une matrice d'évaluation permettant de classer les différents critères d'évaluation et de relier les questions proposées avec les résultats obtenus par l'évaluation. Les informations, obtenues grâce aux différentes techniques et outils de collecte de données ont été consolidées et analysées afin de pouvoir répondre aux objectifs de l'évaluation.

Ainsi, les aspects quantitatifs portant sur les indicateurs prévus pour mesurer l'atteinte du résultat 3 du projet (score à l'évaluation de l'intégration de la PCIMA, % de CSPS ayant amélioré leur niveau d'intégration de la PCIMA et % de CSPS bénéficiaires de financements des communes pour au moins 3 activités opérationnelles de nutrition) et sur les indicateurs prévus pour mesurer l'objectif spécifique du projet (performance de la PCA (le taux de guérison (>75%), le taux d'abandon (<15%), le taux de décès (<3%), la Durée Moyenne de Séjour (<8 semaines)) et la couverture indirecte du programme MAS) ont été traités avec des outils statistiques et des logiciels d'analyse de données adéquats (SPSS, STATA) pour tirer des conclusions pertinentes sur l'efficacité. Le test ANOVA a été utilisé pour analyser l'association entre la couverture indirecte du programme MAS et le niveau d'intégration de la PCIMA dans le système de santé (performance en catégories des six piliers).

La proportion de CSPS ayant amélioré leur niveau d'intégration de la PCIMA a été déterminé en comparant le niveau de performance total (en %) obtenu par les CSPS au cours des évaluations du niveau d'intégration de la PCIMA d'octobre 2015 et de Mars 2017. Signalons que l'évaluation de l'intégration qui a été introduite lors de la phase sept du projet (février 2014) est une démarche permettant de poser un diagnostic participatif du niveau d'intégration de la PCMA dans le PMA des CSPS et le fonctionnement des ECD, d'identifier les insuffisances et d'élaborer des plans d'amélioration. Cette opération a été réalisée de manière conjointe entre les équipes du projet CR, la DRS, l'ECD, l'équipe soignante de chaque formation sanitaire et d'autres PTF intéressés.

De plus, les informations obtenues à l'aide des outils qualitatifs ont été consolidées et leurs résultats incorporés à la matrice d'évaluation. Cette approche a permis de trianguler les conclusions obtenues par divers outils d'évaluation afin d'assurer l'évidence nécessaire des résultats analysés et présentés dans ce rapport.

#### **II.5. Assurance qualité**

L'équipe d'évaluateurs a développé un système de contrôle de qualité pour s'assurer de la fiabilité des conclusions de cette évaluation.

Les sources des données, la base d'évidence, la chaîne logique des conclusions et recommandations ont été soigneusement vérifiées par des systèmes de contrôle systématiques et objectifs tenant compte des critères et questions d'évaluation retenues.

Les enquêteurs ont été formés en une journée sur les objectifs de la présente évaluation mais aussi sur la façon dont ils vont procéder pour faire la collecte de données.

Pour permettre une supervision rapprochée de la collecte des données, l'opération de collecte de données sur le terrain dans la région de Sahel a été faite district par district.

A la fin de chaque journée, le respect de la procédure de collecte des données a été évalué lors d'une réunion avec les enquêteurs et une synthèse des faits saillants a été chaque fois notée.

## II.6. Difficultés rencontrés

Deux types de difficultés ont été rencontrés pendant la réalisation de la présente évaluation. Il s'agit de :

- i) **Route impraticable:** Les troisièmes et quatrièmes jours de collecte de données dans la région de Sahel ont été caractérisés par une pluie abondante qui a rendu impraticable certaines routes. Ceci a fait que les CSPS du district sanitaire de Sebba (CSPS Solhan et CSPS GATOUGOU) qui étaient initialement tirés n'ont pas pu être visités. Ils ont été remplacés par les CSPS de Sebba Urbain (DS Sebba) et de SAMPELGA (DS Dori).
- ii) **Situation sécuritaire :** Etant donné que la grande partie de la région de Sahel était dans la zone orange en matière de sécurité au moment de la collecte de données, les déplacements sur le terrain devaient se faire pendant un intervalle de temps bien défini tenant compte des consignes de mesure de sécurité de la CRB. Cela a fait que l'opération de collecte de données dans la région de Sahel ait été effectuée chaque fois sous une pression de pouvoir finir à temps.



### III. Résultats et discussions

---

Les principaux résultats de l'évaluation seront présentés en passant en revue les différents critères d'évaluation retenus dans la note méthodologique. Pour chaque critère, un rappel des questions d'évaluation sera chaque fois présenté.

#### III.1. Pertinence

##### Rappel des questions d'évaluation liée à la pertinence

- Dans quelle mesure les activités mises en œuvre dans le cadre du résultat sur l'intégration répondent aux besoins réels du système de santé burkinabé?
- Dans quelle mesure les activités mises en œuvre dans le cadre du résultat sur l'intégration répondent aux problèmes identifiés par le système de santé burkinabé?
- Dans quelle mesure les activités mises en œuvre dans le cadre du résultat sur l'intégration répondent aux objectifs du projet Echo9?

La pertinence a été appréciée à travers le processus d'analyse des besoins les plus urgents et significatifs impliquant toutes les parties prenantes. A ce titre, l'analyse de la pertinence de la phase 9 du projet ECHO 2016-2017 et en particulier sa composante en lien avec le résultat 3 est réalisée selon les deux dimensions suivantes : (i) le contexte justifiant la pertinence du projet et (ii) l'alignement du projet avec la politique nationale ainsi que sa réponse aux besoins de la population.

##### III.1.1 Contexte justifiant la pertinence du projet

L'élaboration du projet a été réalisée après une analyse de la situation de la lutte contre la malnutrition qui a abouti à l'identification des besoins relatifs à l'intégration de la PCIMA dans le système de santé de la région du Sahel. Cette analyse a été réalisée à l'aide de données collectées à différentes occasions :

- lors de la mise en œuvre de la phase précédente du projet (phase 8) ;
- lors des visites terrains de l'équipe projet de la Croix-Rouge et de ECHO,
- et lors des rencontres de concertation tenues avec les différents acteurs du système de santé au niveau national, régional et provincial (groupes des partenaires techniques et financiers nutrition, rencontres de concertation pour la lutte contre la malnutrition, membres des équipes cadres des districts, staff de la direction régionale de la santé du Sahel et collectivités territoriales).

Au sujet de l'implication des acteurs du système de santé dans le processus d'élaboration du projet, toutes les personnes interrogées aussi bien à la DRS qu'au niveau des équipes cadres de districts ont noté avoir participé à l'atelier de planification. Au cours de cet atelier, les participants ont pris connaissance des objectifs, des résultats, des indicateurs et des activités inscrits dans la proposition du projet.

Ils ont été invités à amender le cadre logique avant son adoption. Il en est résulté la prise en compte de certaines activités du projet dans les plans d'action de la DRS et du district de Djibo. De même, des accords de collaboration entre la CRB, la DRS et les DS ont par la suite été signés.

### III.1.2 Alignement du projet avec la politique nationale ainsi que sa réponse aux besoins de la population (problèmes réels et identifiés)

L'objectif principal du projet formulé ainsi qu'il suit : « Contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité liées à la malnutrition aigüe et ses pathologies associées au sein de la population la plus vulnérable dans les régions du Sahel du Burkina Faso » correspond aux priorités du ministère de la santé Burkinabè comme le soulignent les différents documents normatifs et programmatiques du ministère et ses partenaires tels que le plan national de développement économique et social (PNDES) et le plan national de développement sanitaire (PNDS). Le Burkina Faso a par ailleurs souscrit à de nombreux engagements nationaux et internationaux comme l'initiative REACH, le mouvement SUN dont les objectifs correspondent à celui visé par le projet ECHO 2016-2017.

Aussi le résultat 3 du projet visait l'amélioration du niveau d'appropriation des activités de nutrition par les acteurs étatiques et ceux des collectivités locales de la région du Sahel. Pour ce faire, il prévoyait le renforcement des compétences et l'incitation à l'engagement de ces acteurs à travers des activités de plaidoyer, l'auto-évaluation de l'intégration, le transfert des acquis des phases précédentes du projet (CAPN) et la tenue des cadres de concertation.

Du reste, les acteurs rencontrés aussi bien au niveau des districts, de la DRS, de la direction de la nutrition qu'au niveau de la CR et à l'union européenne sont tous unanimes que le système de santé burkinabé a besoin d'intégrer la PCIMA et ce pour trois principales raisons :

- i) Pour faire face à la raréfaction des ressources et aux difficultés de mobilisation des fonds. A ce titre, certains considèrent l'intégration comme une mesure palliative à la réduction du financement du secteur de la santé par les bailleurs de fonds. Une autorité sanitaire de la région du Sahel nous disait ceci: *«on parle d'intégration parce qu'on n'a plus d'argent, car s'il y avait des moyens suffisants aussi bien pour tous les programmes verticaux que pour la coordination, on ne parlerait pas de l'intégration»*.
- ii) L'intégration est une approche durable qui pourrait être efficace dans la lutte contre la malnutrition qui est une bataille de longue durée. Ceci est bien illustré par les propos de l'un de nos répondants qui disait : *« Si tu veux faire valoir un programme, tu le verticalises, mais si tu veux le faire durer tu l'intègres »*.
- iii) La malnutrition étant une maladie comme tant d'autres, le système de santé doit être le premier garant de sa prise en charge. Un membre de l'équipe de projet de la Croix-Rouge nous rapportait ceci : *« Avant, les malnutris étaient considérés comme les malades de la Croix-Rouge »*. Or, pour aboutir à une véritable intégration, les acteurs étatiques et les collectivités locales doivent s'approprier la lutte contre la malnutrition.

### III.1.3. Activités du résultat sur l'intégration et réponses aux objectifs du projet Echo9

L'intégration étant un « Processus par lequel les institutions sanitaires aux différents niveaux acquièrent une certaine autonomie dans l'organisation, l'exécution et le financement des activités de prise en charge de la malnutrition au sein du paquet minimum d'activités des formations sanitaires et dans un contexte de mise à l'échelle effective ». (Définition Croix Rouge), l'atteinte du résultat 3 concourt à l'atteinte de l'objectif spécifique du projet Echo9 qui consiste à accroître les performances des acteurs

institutionnels et communautaires en matière de prévention et de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë chez les enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes et allaitantes

Si les maires et les conseillers municipaux rencontrés ont tous noté la prise en compte de leurs besoins ainsi que de ceux des populations en matière de la santé dans le projet, ils ont par contre déploré l'insuffisance de leur implication dans le processus de planification du projet. Ce propos d'un maire de la région illustre ce constat : « *Nous aussi on peut proposer des activités ou participer au choix des sites d'implantation des projets* ». Un autre de renchérir : « *pour la construction des puits par exemple, c'est quand le village retenu par un des ONG qui interviennent dans ma commune n'était pas productif que les agents de cette ONG sont venus me voir pour que je propose un autre village* ».

Il s'agit d'une situation qui pourrait limiter l'appropriation de ces élus locaux des activités du projet. En effet, bien que l'implication effectif des acteurs de la DRS et des ECD au moment de l'élaboration du projet permette de prendre en compte et de façon indirecte les besoins de la population de la région du Sahel, il faut noter qu'il s'agit avant tout, de besoins "interprétés" par ces acteurs du système de santé du Sahel (pas nécessairement des "besoins exprimés"). Ils pourraient ne pas correspondre à la "demande" de la population.

L'implication des élus locaux que sont les maires pourrait permettre de prendre en compte cette demande de la population. Il faut noter toutefois, que ces maires ont été élus et installés en 2016 alors que le projet a été écrit en fin 2015. Les présidents des délégations spéciales (PDS) qui faisaient office de maires en 2015 n'ont pas non plus été associés au processus de planification du projet.

### III.2. Processus de mise en œuvre

#### Rappel des questions d'évaluation liée au processus de mise en œuvre

- A quel point la mise en œuvre des activités a-t-elle été réalisée conformément aux prévisions?
- Comment le temps, l'argent et le personnel de mise en œuvre sont-ils gérés (substitution au système existant, utilisation d'un système parallèle ou intégration des ressources)?
- Les activités du projet étaient-elles prises en compte dans les plans d'action de la DRS, des districts, CSPS et dans les plans de développement des communes
- Quelle est la part contributive de la partie étatique (RH, financières, équipement ou autres) dans le budget alloué à la nutrition?
- Dans quelle mesure les acteurs de mise en œuvre sont-ils satisfaits du processus de gestion interne

D'une manière générale, les différentes parties prenantes du projet aussi bien au niveau de la CRB et la CRBF qu'au niveau des structures étatiques sont satisfaits du processus de mise en œuvre des activités du résultat 3 du projet Echo 9.

Toutefois, des modifications ont été apportées aux activités initialement planifiées dans le cadre logique du projet.

Au titre de ces modifications, figure la suppression de la formation de l'équipe de coordination du projet sur la base de données de l'entrepôt national des données sanitaires (ENDOS) du ministère de la santé en raison de la non obtention du code d'accès. Cette formation a été remplacée par la formation sur une base de données consensuelle CR-MDME qui sera créée pour renforcer l'analyse des données médico nutritionnelles.

Le panel sur l'intégration a été replanifié dans la prochaine phase du projet à cause de la lenteur du processus de mise en œuvre au niveau national. Ce processus implique la direction de la nutrition et les autres PTF nutrition. Plusieurs réunions ont toutefois eu lieu entre les PTF nutrition afin d'harmoniser les outils de monitoring de l'intégration de la PCIMA dans le système de santé, y compris une rencontre spécifique avec la DN afin d'accélérer le processus. Il est d'ailleurs prévu un atelier de validation de ces outils sous l'égide de la Direction de la Nutrition au cours du mois de Juin 2017.

En outre, prévu initialement pour durer 12 mois, le projet s'est finalement étalé sur une période de 15 mois (janvier 2016 à mars 2017) ; ce qui a occasionné la planification de nouvelles activités surtout dans la région du Sud-ouest.

Loin d'être perçues comme une insuffisance de la coordination des activités, ces différentes modifications ont été appréciées par les acteurs étatiques et communaux du Sahel comme la prise en compte de la complexité du contexte dans la mise en œuvre du projet. A ce sujet une autorité sanitaire de la région du Sahel nous tenait ce propos : *«la Croix-Rouge est le partenaire le plus attentif à nos sollicitations et le plus flexible en matière de gestion de projet »*.

Du reste, notons que certaines difficultés organisationnelles et/ou conjoncturelles ont émaillé le déroulement des activités du projet. Ce sont :

- i) Des difficultés de programmation de certaines activités ou même des reports d'activités programmées en raison des conflits de calendrier avec les activités du niveau central. Ces conflits de calendriers trouvent en partie leur cause dans la non

inscription des activités du résultat 3 dans les plans d'action des districts. Ces activités apparaissent alors aux yeux des ECD comme des activités supplémentaires et non prioritaires. Pour obtenir leur programmation, le chef de projet est parfois amené à utiliser des approches mêlées de diplomatie et de négociations. Le décalage du cycle de planification du projet avec celui du système de santé burkinabè a été évoqué comme une contrainte expliquant la non inscription des activités dans les districts de Gorom-Gorm, de Sebba et de Dori. Cette situation serait liée à la non coïncidence des périodes de planification des deux parties (CR et ministère de la santé) et à la courte période accordée à la CR pour l'élaboration de leur projet. Il existerait par contre une session de réallocation des ressources des plans d'action des districts au cours du mois de juillet qui pourrait être mis à profit pour la prise en compte des activités du projet. Le décalage du cycle de planification a été également constaté au niveau des collectivités territoriales. En effet, les plans de développement communaux (PDC) ont été élaborés en 2014 (avant la phase 9 du projet Echo 2016-2017). De même leur exécution qui s'étale de 2014 à 2018 couvre toute la période de mise en œuvre du projet Echo 2016-2017. Il est donc difficile d'obtenir l'inscription des activités du projet dans ces PDC. La revue de quelque PDC montre une prise en compte des activités en lien avec le renforcement des infrastructures sanitaires (construction de logements du personnel ou de centres de santé, achat d'ambulance...) en général. Ils n'adressent pas de façon spécifique les problèmes de nutrition.

- ii) Des retards au niveau de la prise de fonction des nouveaux maires. La fonction des maires a été dissoute sur toute l'étendue du territoire national en 2015 pendant la transition démocratique<sup>5</sup>. L'équipe de projet a dû attendre que les nouveaux maires élus en mai 2016 prennent fonction au cours du 3<sup>e</sup> trimestre de la même année avant d'entamer les actions de plaidoyer à leur endroit.
- iii) Des grèves du personnel de santé (à Djibo) pour des raisons internes au district. Bien que cette grève ne concernait pas la CRBF, elle a cependant retardé la mise en œuvre des activités de transfert des acquis (CAPN) dans ce district.
- iv) Les ruptures d'intrants (ATPE). Elles ont entraîné l'interdiction de la poursuite des activités de dépistage de masse de la malnutrition par la DRS. Cette décision aurait été prise afin d'éviter la création d'une demande en ATPE que les centres de santé ne pourraient pas satisfaire. Ces ruptures seraient liées à une insuffisance de planification de l'acquisition des intrants en 2016 par le ministère de la santé et à la dépendance du ministère aux financements des bailleurs de fonds. La prévision dans le budget de l'Etat burkinabè de l'achat d'une partie de ces intrants en 2017 et leur production locale pourraient améliorer leur disponibilité.
- v) Les attaques terroristes récurrentes dans la région du Sahel ayant jalonné toute la période de mise en œuvre du projet ont rendu difficile la réalisation des visites terrain.

---

<sup>5</sup> Suite à une insurrection menée par les partis politiques, les OSC et la population en 2014, un régime transitoire a pris la tête du pays de novembre 2014 à décembre 2015. Ce régime a dissout le mandat des maires et confié la gestion des communes à des délégations spéciales présidées par des préfets. L'élection des maires n'a eu lieu qu'en mai 2016.

vi) L'inaccessibilité de certaines zones pendant la saison pluvieuse (juin-septembre).

Outre ces difficultés, les interviews réalisées auprès des acteurs du système de santé ont permis de relever des leviers que nous avons retenus comme bonnes pratiques témoignant leur niveau de satisfaction vis-à-vis du processus de mise en œuvre du projet. Il s'agit :

- **Du mode de gestion participatif du projet :**

Il a consisté à virer les fonds dans les comptes de la DRS et des districts et à signer des accords (protocoles d'accord) avec ces derniers. Il a consisté également à travailler de façon synergique avec les acteurs étatiques tant au niveau de la programmation des activités que de leur mise en œuvre. C'est l'exemple de la rencontre de plaider avec les collectivités territoriales où les MCD ont d'abord présenté l'état des lieux de la malnutrition dans leur district avant que l'UNICEF et la Croix-Rouge ne fassent le plaidoyer.

- **De la collaboration de la Croix-Rouge avec les acteurs étatiques et les autres partenaires intervenant dans le Sahel.**

Il s'agit des collaborations informelles ou formelles à travers la participation de l'équipe projet aux rencontres de coordinations provinciales et régionales ainsi qu'aux différentes réunions avec les autres PTF intervenant dans la nutrition au niveau national.

- **Le leadership et la cohésion de l'ECD du district de Gorom-Gorom.**

Ils ont évoqué comme des leviers ayant impulsé une réelle dynamique dans le déroulement des activités du résultat 3.

- **L'utilisation de l'existant pour la mise en œuvre des activités.**

En effet, les districts et la DRS ont utilisé leurs propres ressources (humaines, logistiques, bureaux, salles de réunion) pour les sorties terrains et les réunions.

### III.3. Efficacité

#### Rappel des questions d'évaluation liée à l'efficacité

- Dans quelle mesure les activités mises en œuvre ont contribué à l'atteinte du résultat sur l'intégration ?
- A part les actions du projet phase 9, y aurait-il d'autres qui ont contribué à l'atteinte du résultat sur l'intégration et comment?
- Les zones de santé bénéficiant des appuis de la CRB présenteraient-elles de meilleurs résultats sur l'intégration que les non bénéficiaires?
- Quels sont les éléments qui ont été un frein ou un levier dans l'atteinte à l'intégration de la PCIMA?
- Où faudrait-il concentrer les efforts pour obtenir une amélioration durable de la qualité de la PCIMA?

### III.3.1. Dans quelle mesure les activités mises en œuvre ont contribué à l'atteinte du résultat sur l'intégration ?

#### III.3.1.1. Niveau d'atteinte du résultat sur l'intégration

Dans le but d'atteindre le résultat 3 du projet ECHO 2016-2017 relatif à l'intégration de la PCIMA dans le système de santé, trois groupes d'activités avaient été prévues. Il s'agissait :

- ✓ De l'appui à la concertation aux niveaux régional et provincial
- ✓ De l'appui à la mise en œuvre des plans de transfert des acquis du projet aux acteurs locaux dans 4 DS et les FS du Sud-Ouest (Dano, Diébougou et CHR de Gaoua)
- ✓ Du support au suivi, à l'évaluation et à la capitalisation de l'intégration de la PCIMA dans les 6 DS et des FS du Sud-Ouest et du Sahel (Djibo, Dori, Arbinda, Dano, Diébougou et CHR de Gaoua).

Ainsi, pour mesurer ces interventions, le projet s'était donné comme cible : (i) Avoir 100% d'ECD ayant obtenu un score supérieur à 75% à l'évaluation de l'intégration de la PCIMA, (2) Avoir 75% de CSPS ayant amélioré leur niveau d'intégration de la PCIMA, et (iii) avoir 50% de CSPS bénéficiaires de financement des communes pour au moins 3 activités opérationnelles de nutrition.

Le niveau d'intégration de la PCIMA a été mesuré au niveau CSPS et DS à l'aide des outils de monitoring basés sur les six piliers du système de santé définis par l'OMS et qui ont été adoptés à cet effet en 2015. Le tableau suivant donne le niveau d'atteinte des résultats.

Tableau 1: Niveau d'atteinte des résultats

Indicateurs	Valeur Cible	Valeur réelle	Commentaire
% d'ECD ayant obtenu un score supérieur à 75% à l'évaluation de l'intégration de la PCIMA	100%	100%	Toutes les 4 ECD ont obtenu un score supérieur à 75% lors de l'évaluation de l'intégration de la PCIMA
% de CSPS ayant amélioré leur niveau d'intégration de la PCIMA	75%	17,5%	Sur 80 CSPS qui ont participé aux deux évaluations, seuls 14 (17,5%) ont pu progresser alors que 35 CSPS (43,8%) ont gardé le statu quo et 31 CSPS (38,8%) ont observé une régression.
% de CSPS bénéficiaires de financement des communes pour au moins 3 activités opérationnelles de nutrition	50%	92,9%	Cet indicateur prend en compte l'ensemble des activités opérationnelles de nutrition spécifique financées par les ressources locales et étatiques

Ainsi, on constate à travers les résultats du tableau 1 que le projet a pu atteindre à deux sur les trois objectifs qu'il s'était fixé au départ.

En effet, la proportion de CSPS ayant amélioré leur niveau d'intégration de la PCIMA dans le système de santé initialement fixée à 75% n'a pas pu être atteinte à cause de la régression du niveau de performance du pilier « approvisionnement » dont le score de performance est passé de 89% en 2015 à 80% en 2017.

Cette contre-performance est liée aux ruptures d'intrants observées en 2016 du fait des difficultés d'acquisition au niveau central aux faibles capacités de stockage des intrants ainsi qu'aux mauvaises conditions de stockage de ces intrants.

Une autre raison qui a fait que la valeur cible de la proportion de CSPS ayant amélioré leur niveau d'intégration de la PCIMA dans le système de santé n'a pas été atteint est que le pilier « financement » n'a pas connu une amélioration significative pendant la période de mise en œuvre du projet. Sa performance est passée de 83% en 2015 à 84% en 2017.

En outre, même si la valeur cible de la proportion de CSPS bénéficiaires de financement des communes pour au moins 3 activités opérationnelles de nutrition a été largement atteinte, il convient de signaler que cet indicateur prend en compte l'ensemble des activités opérationnelles de nutrition spécifique financées par les ressources locales et étatiques.

Cet indicateur est sans doute surestimé car, non seulement il ne distingue pas les activités financées par les communes de celles financées par les ressources provenant du ministère de la santé, mais aussi considère une activité co-financée avec un PTF comme étant un financement d'une ressource locale ou étatique<sup>6</sup>.

Ce constat a été réalisé au cours des entretiens avec les Maires car, même si la plupart d'entre eux commencent à devenir de plus en plus conscients de la nécessité de prendre en compte la lutte contre la malnutrition dans leurs plans de développement ; il a été remarqué qu'il y a très peu de communes qui ont déjà financé des activités opérationnelles de nutrition dans les CSPS. Les quelques rares communes qui ont réussi à le faire, financent les CSPS sous forme de transfert de fonds destiné à la santé sans toutefois préciser à quel type d'activité est destiné ce financement.

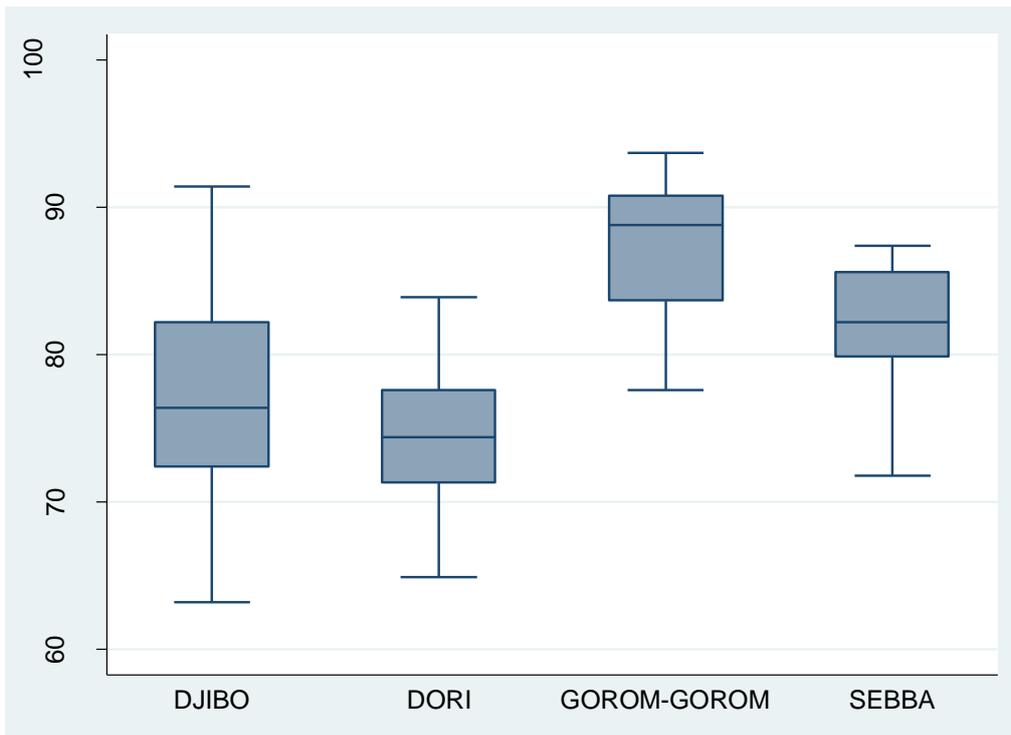
L'insuffisance des moyens financiers, l'insuffisance des compétences en matière d'élaboration de projets et l'insuffisance de compétences en matière de mobilisation de fonds ont été fréquemment cités comme étant les principales difficultés empêchant les mairies à d'agir conséquemment dans la lutte contre la malnutrition.

### III.3.1.2. Niveau de performance en matière d'intégration de la PCIMA

Le niveau de performance en matière d'intégration de la PCIMA dans le système sanitaire au niveau des CSPS et district sanitaire a été analysé à travers les résultats de l'évaluation de l'intégration de 2017. L'analyse des données de cette évaluation a montré que les CSPS du DS de Gorom-Gorom affichent une performance globale plus élevée que celles des CSPS des autres districts sanitaires (Figure 1). En effet, le score médian (p25-p75) était de 88,8% (83,7%-90,8%) à Gorom-Gorom, 82,2%(79,9%-85,6%) à SEBBA, 76,4%(72,4%- 82,2%) à DJIBO et 74,4%(71,3%-77,6%) à DORI.

---

<sup>6</sup> CRB, Grille d'évaluation de l'intégration dans les CSPS, 2017

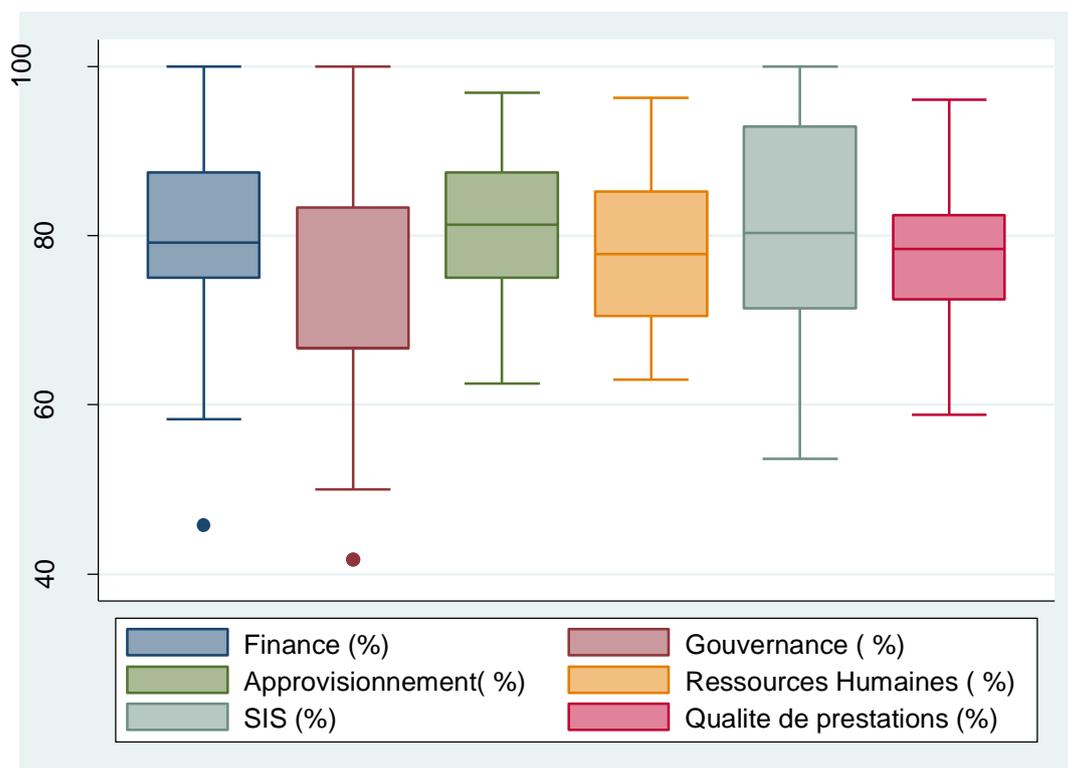


**Figure 1: Score de performance global par district sanitaire de la région du Sahel, 2017**

Cette bonne performance observée à Gorom Gorom serait liée à un dynamisme des membres de l'équipe cadre de district et à une bonne cohésion entre tout le personnel. Ce dynamisme des membres de l'ECD peut être illustré par le bon niveau de réalisation des contrôles et des supervisions de ce district. En 2016, l'ECD a réalisé 100% de supervisions intégrées et 100% de contrôles de la disponibilité des Médicaments essentiels Générique (DMEG) qui étaient prévues<sup>7</sup>.

D'une manière générale, la gouvernance correspond au pilier qui a été le moins performant avec une moyenne de 71,42% (IC95 : 68,59%-74,24%). Ce constat est illustré par les figures 2.

<sup>7</sup> Ministère de la santé, Annuaire Statistique 2016



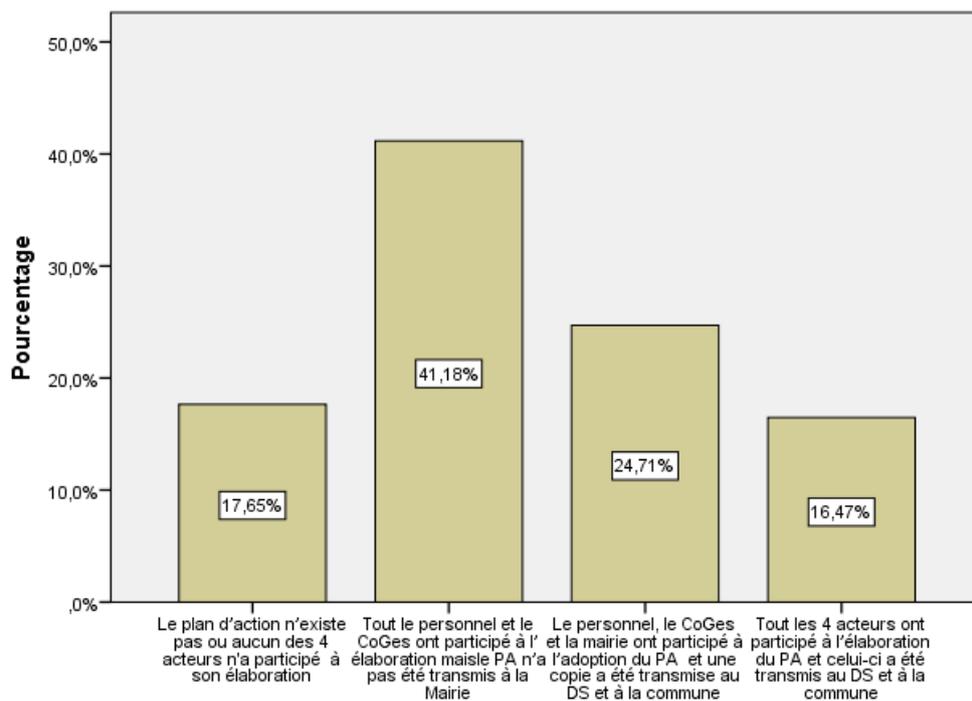
**Figure 2: Distribution des performances (en %) par pilier dans les 4 DS du Sahel, 2017**

Cette faible performance du pilier « Gouvernance » est due à un faible niveau d'implication des parties prenantes dans l'élaboration des plans d'action des CSPS d'une part, et à un faible niveau d'intégration des activités de nutrition dans le PA des CSPS et le PAIC d'autre part. Selon l'outil de monitoring de l'intégration de la PCIMA, l'élaboration des plans d'action des CSPS devrait être participative en impliquant le personnel des CSPS, les membres des COGES, les OBC ainsi que les communes. De plus le PA des CSPS devrait être transmis au DS ainsi qu'à la commune.

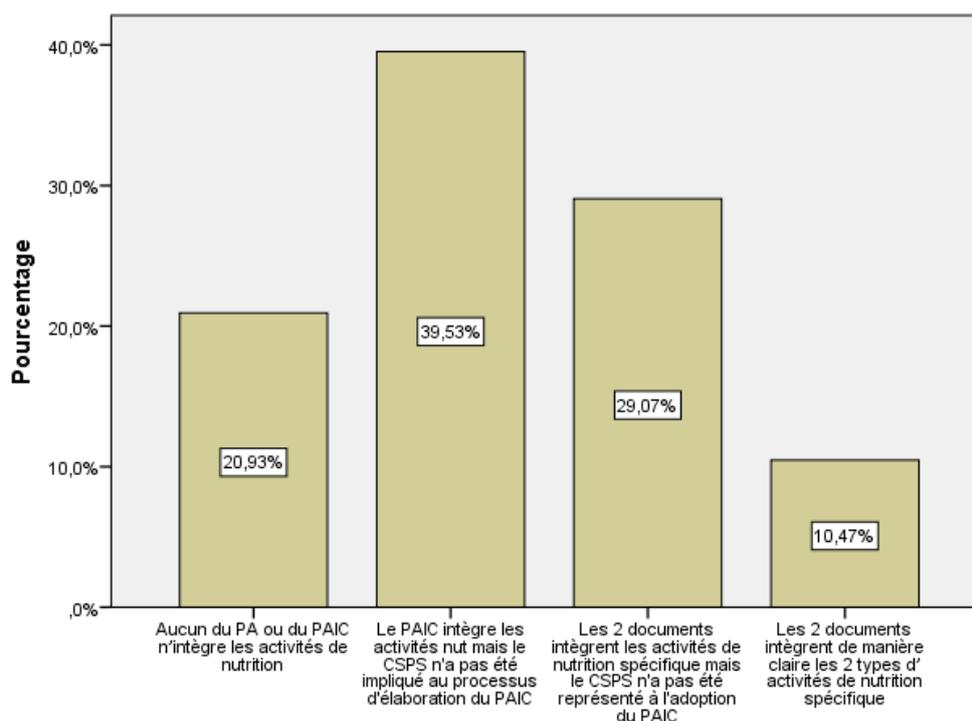
En effet, l'analyse de la base de données de l'intégration de 2017 a montré que seuls 16,5% des CSPS ont pu respecter la norme en matière d'implication des parties prenantes dans l'élaboration des plans d'action des CSPS (tous les 4 acteurs ont participé à l'élaboration du PA et celui-ci a été transmis au DS et à la commune).

Cependant, même si la disponibilité des PA dans les CSPS semble être satisfaisant (plus de 82% de CSPS), il convient de souligner que 41,18% des CSPS ne l'avaient pas transmis à la mairie ; ce qui constitue une entrave à l'appropriation des collectivités locales des activités de nutrition.

S'agissant du niveau d'intégration des activités de nutrition dans le PA des CSPS et le PAIC, il a été remarqué que dans plus d'un CSPS sur cinq, les activités de nutrition n'étaient pas intégrées ni dans le PA, ni dans le PAIC alors que seulement 10,5% des CSPS disposaient des deux documents intégrant de manière claire les deux types d'activités (activités opérationnelles et de renforcement de capacités) de nutrition spécifiques (figure 3 et 4).



**Figure 3: Distribution de la participation des parties prenantes à l'élaboration du PA du CSPS**



**Figure 4: Distribution du niveau d'intégration des activités de nutrition dans le PAIC et le PA des CSPS**

### III.3.1.3. Niveau de performance de la PCA

La performance de la PCA a été évaluée à l'aide des 4 indicateurs de référence prévus par le nouveau protocole de la PCIMA à savoir le taux de guérison (>75%), le taux d'abandon (<15%), le taux de décès (<3%) et la Durée Moyenne de Séjour (<8 semaines). La situation actuelle fait état de 41,4% des CSPS de la région du Sahel remplissant simultanément les 4

critères. Les trois premiers critères sont respectés dans 97,6% des CSPS pour lesquels les données de la performance de la PCA ont été renseignées.

Néanmoins, il est important de souligner que la durée moyenne de séjour (DMS) en PCA reste la plus élevée à GOROM-GOROM par rapport aux autres districts sanitaires avec une moyenne partout supérieure à la norme (figure 5). La DMS  $\pm$  Ecart-type était de  $74,6 \pm 16,3$  jours à GOROM-GOROM,  $65,5 \pm 19,0$  jours à Sebba,  $63,4 \pm 13,2$  jours à Dori et  $57,2 \pm 12,0$  jours à Djibo. La moyenne globale est de  $61,4 \pm 14,5$  jours.

Il convient de signaler que 76,7% des CSPS de la région du Sahel effectuent le dépistage et le suivi tous les jours de façon intégrée aux autres activités de routine.

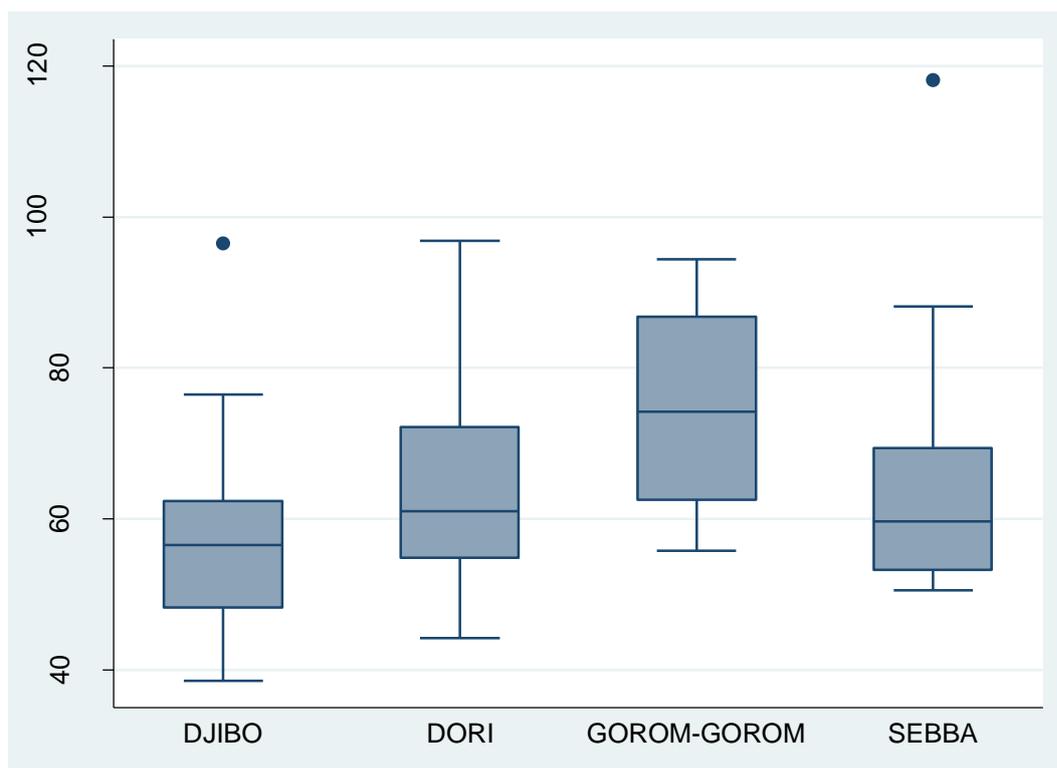


Figure 5: Distribution de la durée moyenne de séjour en PCA par district sanitaire

#### III.3.1.4. Couverture indirecte et intégration de la PCIMA

S'agissant de la couverture indirecte, l'analyse des données de performance des CSPS pour l'année 2016 révèle une différence statistiquement significative entre les 4 districts sanitaires de la région de Sahel. Cette analyse a fait état d'une bonne couverture indirecte de la PCIMA dans le DS de Gorom-Gorom qui est en plus le DS affichant la meilleure performance du niveau d'intégration de la PCIMA dans le système sanitaire (figure 6).

Cette situation a suscité des questionnements au sujet de la relation pouvant exister entre la couverture indirecte de la PCIMA et le niveau d'intégration de la PCIMA dans le système sanitaire.

Ainsi, la régression linéaire a montré qu'il n'y a pas de relation linéaire entre la couverture indirecte de la PCIMA et le niveau d'intégration de la PCIMA dans le système de santé (Figure 7).

Toutefois, si les scores de performances des différents piliers sont regroupés en trois catégories (moins de 75%, 75% à 84,9% et 85% plus), le test ANOVA montre une association

statistiquement significative entre la couverture indirecte de la PCIMA et trois piliers qui sont : Financements, Ressources humaines et qualité des prestations (Tableau 2).

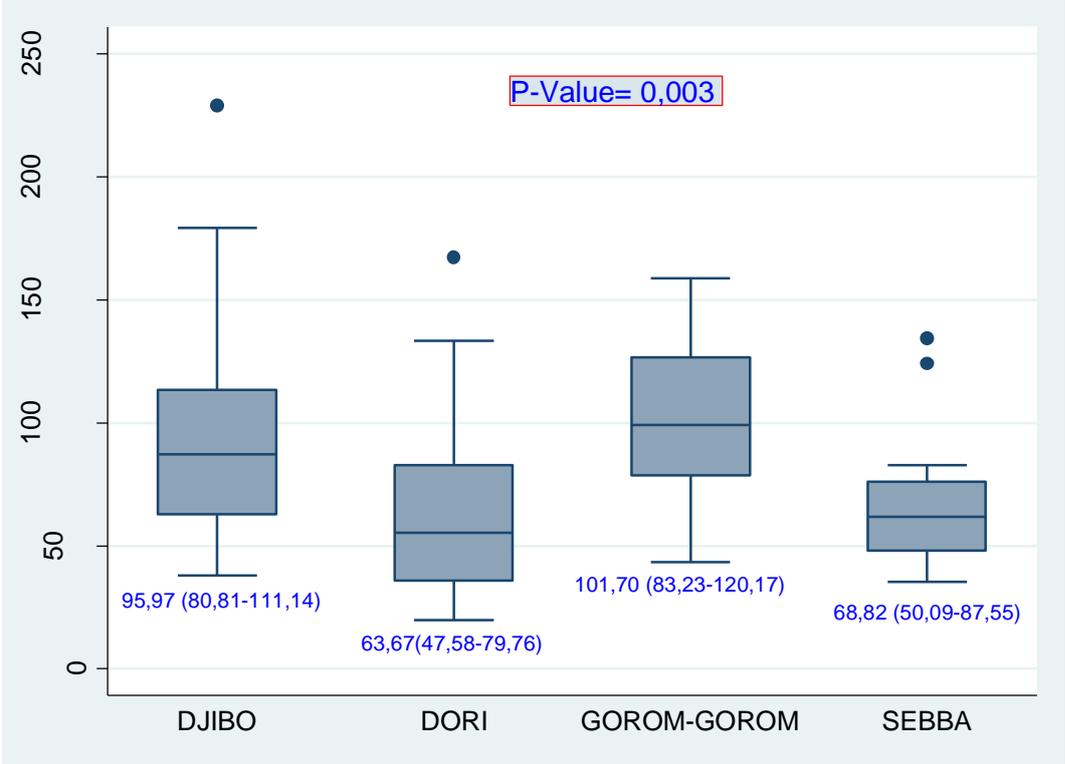


Figure 6: Distribution de la couverture indirecte de la PCIMA en fonction des DS

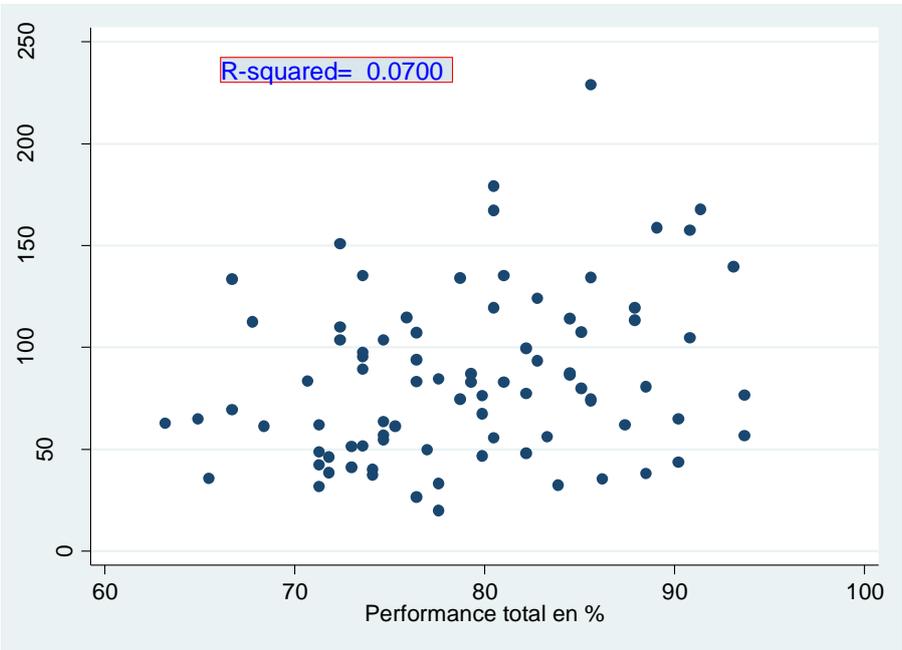


Figure 7: Couverture indirecte en PCIMA en fonction du score de performance globale d'intégration

**Tableau 2: Couverture indirecte de la PCIMA en fonction de la catégorie des scores de performance d'intégration des différents piliers**

	Couverture indirecte (%)		P-Valeur
	n	Moyenne ± DS	
<b>Performance finance</b>			<b>0,014</b>
Moins de 75%	20	64,2 ± 34,1	
75% à 84,9%	32	83,8 ± 30,9	
85% et plus	32	97,6 ± 48,3	
<b>Performance Gouvernance</b>			<b>0,18</b>
Moins de 75%	43	77,8 ± 32,9	
75% à 84,9%	34	94,4 ± 50,2	
85% et plus	7	76,5 ± 23,7	
<b>Performance Approvisionnement</b>			<b>0,183</b>
Moins de 75%	21	72,4 ± 30,8	
75% à 84,9%	39	84,5 ± 34,7	
85% et plus	24	94,8 ± 54,0	
<b>Performance RH</b>			<b>0,033</b>
Moins de 75%	38	71,8 ± 34,9	
75% à 84,9%	14	95,8 ± 46,9	
85% et plus	32	94,4 ± 41,2	
<b>Performance SIS</b>			<b>0,811</b>
Moins de 75%	24	80,5 ± 30,3	
75% à 84,9%	24	83,7 ± 42,2	
85% et plus	36	87,5 ± 46,2	
<b>Performance prestations</b>			<b>0,028</b>
Moins de 75%	31	72,3 ± 32,6	
75% à 84,9%	38	85,7 ± 44,5	
85% et plus	15	106,1 ± 38,4	
<b>Performance globale</b>			<b>0,047</b>
Moins de 75%	30	72,4 ± 33,1	
75% à 84,9%	33	84,9 ± 37,9	
85% et plus	21	100,8 ± 49,9	

### **III.3.2. A part les actions du projet phase 9, y aurait-il d'autres qui ont contribué à l'atteinte du résultat sur l'intégration et comment?**

La CRB a initié en partenariat avec la CRBF un programme de lutte contre la malnutrition dans un objectif de renforcer le système de santé, d'apporter un appui aux communautés dans la prise en charge de la malnutrition aiguë, et d'accompagner les communautés à développer des mécanismes de résilience face à l'insécurité alimentaire depuis juillet 2007.

C'est ainsi que depuis la 7<sup>ème</sup> phase de ce programme initié en février 2014, ces deux partenaires mettent en œuvre un projet de renforcement de l'intégration de la prise en charge de la malnutrition aiguë globale dans le système de santé de la région du Sahel au Burkina Faso. Il est donc normal que certaines actions antérieures à cette 9<sup>ème</sup> phase faisant l'objet de la présente évaluation aient pu contribuer à l'atteinte du résultat en liaison avec l'intégration.

Il s'agit notamment de l'évaluation de l'intégration initié en 2014. En effet, cette évaluation de l'intégration a permis progressivement aux acteurs étatiques et locaux à tous les niveaux du système (CSPS, DS, DRS, Niveau central, Collectivités territoriales) de se sentir responsable de l'organisation, l'exécution, et le financement des activités de prise en charge de la malnutrition aiguë globale.

A titre illustratif, le Gouvernement du Burkina Faso a prévu, sur son budget 2017, d'acheter des intrants thérapeutiques à hauteur d'1 Milliards d'Euros. Ceci constitue un signe attestant que le gouvernement a compris que la question de la malnutrition n'est plus réservée uniquement aux ONGs. De même, la Direction de la Nutrition au Ministère de la santé s'est approprié des outils de monitoring de l'intégration de la PCIMA proposé par la Croix rouge. Cette direction est à l'œuvre pour que ces outils soient harmonisés afin qu'ils puissent être utilisés à l'échelle national. Un atelier de validation de ces outils est planifié pour ce mois de Juin 2017.

Il s'agit également du rôle joué par les CAPN dans la prise en charge de la malnutrition au niveau communautaire. En effet, il a été remarqué que le réseau communautaire est plus performant dans les villages disposant de CAPN, car à travers les séances de sensibilisation sur différents thème, les démonstrations culinaires et du dépistage systématique de la malnutrition ; la communauté commence à se sentir concernée par la lutte contre la malnutrition. A titre illustrative, au CAPN de Bellaré (DS Dori), chaque femme amène des produits alimentaires (mil, sucre et huile) et du bois de chauffage pour la préparation de la bouillie enrichie et une cotisation mensuelle de 25 FCFA est également collectée par mois afin de permettre le bon fonctionnement des activités. Toutefois, certains CAPN n'ont pas pu continuer à offrir tout le paquet d'activités initialement prévues après leur rétrocession aux districts sanitaires.

### **III.3.3. Les zones de santé bénéficiant des appuis de la CRB présenteraient-elles de meilleurs résultats sur l'intégration que les non bénéficiaires?**

Cette question n'a pas pu obtenir de réponse objective, car l'équipe d'évaluation n'a pas pu visiter les zones de santé non bénéficiaires des appuis de la CRB. De plus, l'outil d'évaluation de l'intégration de la PCIMA dans le système sanitaire utilisé dans la région de Sahel n'est pas encore mis à l'échelle dans les zones de santé non bénéficiaires des appuis de la CRB.

### **III.3.4. Quels sont les éléments qui ont été un frein ou un levier dans l'atteinte à l'intégration de la PCIMA?**

La période de mise en œuvre des activités du résultat 3 a été marquée par des facteurs externes qui ont très nettement grevés sur les résultats attendus et peuvent être considérés comme ayant freiné l'atteinte à l'intégration de la PCIMA. D'une part, la rupture d'intrants qui a duré toute l'année 2016 a poussé la Direction Régional de la santé à interdire les dépistages de masses. D'autre part, le processus de renouvellement des ASBCs initié par le ministère de la santé burkinabè et qui n'a finalement été effectif qu'à partir du dernier trimestre de l'année, a très sérieusement limité les interventions communautaires.

De même, il a été constaté que les activités en liaison avec le résultat 3 ne contenaient pas des interventions suffisantes pour accroître le niveau d'appropriation des activités de nutrition par les acteurs étatiques et les collectivités locales. A titre d'exemple, les rencontres de plaidoyers auprès des maires n'ont été réalisées qu'une seule fois pendant toute la période de la mise en œuvre du projet.

Enfin, le faible niveau d'implication des parties prenantes (le personnel des CSPS, les membres des COGES, les OBC et les communes ) dans l'élaboration des plans d'action des CSPS ainsi que le faible niveau d'intégration des activités de nutrition dans le PA des CSPS et le PAIC ont entravé l'atteinte à l'intégration de la PCIMA dans le système de santé.

Quant aux facteurs externes pouvant être considérés comme des leviers dans l'atteinte à l'intégration de la PCIMA, il s'agit notamment de :

- L'adhésion de la plupart des collectivités locales pour l'intégration de la nutrition dans les PDC
- La prise de conscience de certains CoGes et mairies pour le financement de certaines activités de nutrition (ex : petit matériel et hangar),
- Le respect des normes en RH par la majorité des CSPS (3 agents de santé),
- La prise de conscience des agents de santé sur les avantages de l'intégration,
- Les formations in situ des agents de santé sur le protocole PCIMA,
- L'extension du concours WASH.

### **III.3.5. Où faudrait-il concentrer les efforts pour obtenir une amélioration durable de la qualité de la PCIMA?**

Pour obtenir une amélioration durable de la qualité de la PCIMA, il faut concentrer les efforts sur les interventions pouvant accroître le niveau d'appropriation des activités de nutrition par les acteurs étatiques et les collectivités locales. A cet effet, il faudrait accroître la fréquence des rencontres de concertations de tous les acteurs étatiques et locaux à tous les niveaux du système (CSPS, DS, DRS, Collectivités territoriales) au sujet des activités de nutrition aussi bien lors du processus de planification des interventions, de leur mise en œuvre ainsi que lors de l'évaluation. Cette stratégie pour permettre d'améliorer le niveau d'implication des parties prenantes dans l'élaboration des plans d'action des CSPS ainsi que le niveau d'intégration des activités de nutrition dans le PA des CSPS et le PAIC.

Il faudrait également renforcer les actions de sensibilisations, particulièrement dans certains endroits où la plupart des mères n'ont pas encore bien compris le bien-fondé d'une meilleure prise en charge de la malnutrition. Il y en a qui se plaignent lorsque leurs

enfants sortent du programme de prise en charge du fait qu'elles ne vont plus bénéficier d'intrants.

Le fait même que le plumpynut soient appelé « *chocolats* » fait que certaines personnes ne le considèrent pas comme un produit thérapeutique, mais plutôt comme un aliment comme tant d'autre. Signalons que lors des entretiens avec les autorités sanitaires, il a été mis en évidence que certains pères consommeraient le plumpynut destiné à leurs enfants sous prétexte que ce produit aurait des effets aphrodisiaques.

### III.4. Efficience

#### Rappel des questions d'évaluation liée à l'efficience

- Les ressources (humaines, financières, autres) allouées au résultat sur l'intégration étaient-elles optimales?
- Quels sont les avantages apportés par les activités mises en œuvre eu égard de ses coûts?
- Existe-t-il une synergie ou une complémentarité du financement du projet avec ceux des autres partenaires intervenant dans les mêmes zones ?
- D'autres actions auraient-elles permis d'atteindre le même résultat à un coût moins élevé et dans les mêmes délais?

#### III.4.1. Les ressources (humaines, financières, autres) allouées au résultat sur l'intégration étaient-elles optimales?

L'efficience concerne l'utilisation rationnelle des moyens mis à disposition et vise à analyser si les objectifs ont été atteints à moindre coût. Dans le cas précis, étant donné que l'affectation des ressources lors de la mise en œuvre du projet ECHO 9 n'a pas été effectuée par résultat, il n'est pas très facile de dégager une analyse de l'efficience se rapportant aux seules activités relatives au résultat 3.

Cependant, d'une manière générale, il a été constaté que les moyens financiers mis à la disposition du projet ont été rationnellement utilisés.

Ces propos sont expliqués par :

- Le fait de responsabiliser les acteurs de mise en œuvre (utilisation du système existant),
- Organisation conjointe de certaines activités avec d'autres PTFs (ex : atelier de plaidoyer organisé conjointement avec UNICEF)
- Utilisation rationnelle du matériel roulant : existence d'un lien étroit dans la planification des sorties, les rencontres entre les équipes impliquées dans la phase 9 et celles du projet financé par la DGCD.
- Harmonisation des perdiems avec les taux du gouvernement
- Possibilité de réajustement des activités en fonction du contexte et des besoins

Toutefois, quelques limites en matière de respect des accords ont été observées notamment la transmission tardive des pièces justificatives pour les activités réalisées.

### **III.4.2. Quels sont les avantages apportés par les activités mises en œuvre eu égard de ses coûts?**

Le mode opératoire de la CRB qui implique une gestion participative des acteurs de mise en œuvre favorise une bonne collaboration entre les parties prenantes et permet ainsi aux différents acteurs étatiques de se sentir responsables de la mise en œuvre des activités.

De plus, la collaboration entre la CRB et la CRBF d'une part, et entre la CRBF et les acteurs étatiques (ECD et DRS) d'autre part, a permis d'optimiser les ressources affectées aux différentes activités tout en garantissant l'atteinte des objectifs. Ces bonnes relations de partenariat avec les acteurs étatiques couplées à la meilleure connaissance du terrain ont constitué des atouts pour une mise en œuvre efficace du projet.

Enfin, le ciblage des CSPS pour les appuis et l'intégration des activités nutrition à tous les autres programmes a permis de réduire les coûts en concentrant les efforts vers les CSPS affichant de faible niveau de performance.

Cependant, les critères de ciblage doivent être régulièrement étudiés de la manière la plus objective possible.

### **III.4.3. Existe-t-il une synergie ou une complémentarité du financement du projet avec ceux des autres partenaires intervenant dans les mêmes zones ?**

Au niveau national, la Croix-Rouge participe à toutes les réunions de coordination avec le groupe des PTF nutrition, les partenaires ECHO nutrition, les partenaires techniques et financiers de l'Etat dans le secteur de la santé et de la sécurité alimentaire. Au niveau de la région du Sahel, la Croix Rouge participe activement aux cadres de concertation sur la nutrition au niveau régional et provincial et renforce ainsi la coordination de ses actions avec les autres partenaires présents sur le terrain.

Il convient de signaler que certaines activités ont été cofinancées avec d'autres partenaires. Il s'agit notamment de la rencontre de plaidoyer regroupant les maires des communes de la province et leurs secrétaires généraux, l'équipe cadre du district, les PTF Nut intervenant dans la province, l'équipe projet et un membre du comité provincial de la Croix-Rouge qui a été cofinancée avec l'UNICEF.

De plus, la bonne collaboration entre les équipes impliquées dans la phase 9 et celles impliquées sur d'autres projets (ex : équipe du projet financé par la DGCD) pour l'utilisation du matériel roulant lors des descentes sur le terrain est un autre élément ayant favorisé l'efficacité.

### **III.4.4. D'autres actions auraient-elles permis d'atteindre le même résultat à un coût moins élevé et dans les mêmes délais?**

Il faut admettre que le résultat atteint en matière d'intégration de la PCIMA dans le système de santé n'est pas le seul fruit des actions mises en œuvre dans le cadre de la phase 9 du projet.

Toutefois, le mode opératoire de la CRB qui implique les acteurs étatiques dans la mise en œuvre ainsi que dans la gestion des ressources est une stratégie la plus efficace. Ainsi, l'équipe d'évaluateurs trouve qu'il n'y a pas d'autres actions qui auraient permis d'atteindre le même résultat à un coût moins élevé et dans les mêmes délais.

### III.5. Impact

#### Rappel des questions d'évaluation liée à l'impact

- Quels sont les effets durables positifs ou négatifs, directs ou indirects, souhaités ou imprévus induits par les appuis de la CRB auprès des structures étatiques ou collectivités locales?
- Quelles sont les actions qui auraient contribué à l'atteinte de ces effets durables indirects ou imprévus?

L'étude de l'impact mesure les retombées de l'action à moyen et à long terme, c'est l'appréciation de tous les effets, du projet sur son environnement, effets aussi bien positifs que négatifs, prévus ou imprévus, sur le plan économique, social, politique ou écologique.

#### III.5.1. Effets positifs durables

Certaines activités mises en œuvre dans le cadre du résultat 3 comme les rencontres de plaidoyer auprès des Maires en vue du financement de la nutrition par les collectivités locales, l'évaluation de l'intégration de la PCIMA dans le système de santé constituent les produits phares dont les retombées pourront continuer à consolider les acquis de l'intégration même après le projet.

En effet, les rencontres de plaidoyer auprès des Maires ont permis aux acteurs des collectivités locales de se sentir responsables des aspects relatifs à la santé de la population en général et de ceux relatifs à lutte contre la malnutrition en particulier. La plupart des maires se sont engagés à prévoir, au cours du prochain PDC (2018-2022), un budget pour les actions de lutte contre la malnutrition.

De même, l'évaluation de l'intégration de la PCIMA dans le système de santé à l'aide des outils de monitoring basés sur les six piliers définis par l'OMS a permis de responsabiliser les acteurs étatiques et locaux à tous les niveaux du système (CSPS, DS, DRS, Collectivités territoriales) dans la lecture du niveau d'intégration de la PCMA dans le PMA des CSPS, l'organisation, l'exécution, et le financement des activités de prise en charge de la malnutrition aiguë globale.

D'autres actions correspondant aux autres résultats du projet ont contribué à produire des effets positifs durables en lien avec l'intégration de la PCIMA dans le système de santé. Il s'agit notamment des formations in situ des agents de santé sur le protocole PCIMA. En effet, les compétences acquises au cours de ces formations resteront au profit du système de santé même après le projet. Cependant, il convient de signaler que la plupart des ONGs intervenant dans le domaine de la nutrition recrutent le plus souvent du personnel parmi les agents de santé formés, au service du système de santé dans la région de Sahel. En plus de l'enclavement de la région du Sahel, les compétences du personnel constituent les quelques éléments à l'origine du *turnover* du personnel.

En outre, le prix WASH IN NUT a créé une sorte de compétition entre les différents CSPS ; ce qui leur permet d'améliorer leur façon de travailler et par conséquent accroître leur niveau d'intégration.

Au niveau communautaire, les actions des ASBC et des CAPN ont permis une prise de conscience de la part de certaines mères vis-à-vis de leur rôle dans la lutte contre la malnutrition.

### III.5.2. Effets négatifs durables

Les effets négatifs durables concernent le besoin d'assistance continue et l'esprit de dépendance des aides externes de la part de certaines femmes qui ne veulent jamais quitter le programme afin de pouvoir bénéficier régulièrement des intrants. « *J'ai l'impression que certaines mères laissent délibérément que leur enfant tombent dans la malnutrition pour pouvoir bénéficier des intrants (appelés chocolats)* », a affirmé une autorité sanitaire. Cette situation témoigne la nécessité de poursuivre les actions de sensibilisation au niveau de la communauté.

### III.6. Durabilité/pérennité

#### Rappel des questions d'évaluation liée à la durabilité/pérennité

- Dans quelle mesure les acquis de l'intégration pourront perdurer à l'issue de l'appui de la CRB?
- Les autorités locales aux différents niveaux de déconcentration considèrent-ils la prise en charge de la malnutrition comme une activité à part entière?
- Existe-t-il une perspective de passage à l'échelle du projet ?
- Quels sont les principaux éléments pouvant influencer positivement ou négativement la durabilité des acquis des résultats sur l'intégration?

Le projet Echo 2016-2017 est la 9<sup>e</sup> phase du processus de lutte contre la malnutrition aiguë développé par la Croix-Rouge dans la région du Sahel du Burkina Faso. Ainsi, bien que la durée de mise en œuvre des activités du résultat 3 soit relativement courte, des effets notables ont été notés. Il s'agit notamment de la prise de conscience et de l'engagement des maires en faveur de la lutte contre la malnutrition, des connaissances des ECD et de la DRS en matière d'auto-évaluation du niveau d'intégration de la PCIMA dans le système de santé et de l'appropriation des outils de l'évaluation de l'intégration par la Direction de la nutrition du ministère de la santé burkinabè.

Les éléments en faveur de leur durabilité sont entre autre :

- **Le concept d'intégration de la PCIMA au système de santé lui-même.**

Il semble faire consensus auprès de toutes les parties prenantes que l'intégration est un élément de durabilité. Aussi, il est défini et compris de la même façon par ces parties prenantes qui travaillent ensemble pour sa réalisation. L'appropriation de cette vision commune se manifeste dans les échanges que nous avons menés avec les différents répondants mais aussi dans les plans d'actions des districts et de la DRS.

- **L'appropriation des outils de l'évaluation de l'intégration par le ministère de la santé**

Le processus d'adoption d'un outil harmonisé par la direction de la nutrition en vue de son passage à l'échelle est le résultat conjugué d'un plaidoyer conjoint de la Croix-Rouge avec

les autres PTFs. Cette perspective de passage à l'échelle de l'évaluation de l'intégration est en faveur de la durabilité des acquis du résultat 3.

- **Les connaissances et les compétences acquises**

Ces connaissances ont été évaluées lors des interviews auprès des femmes enceintes et allaitantes, des ASBC, des maires ou leurs adjoints rencontrés. Il s'agit de connaissances en matière de nutrition qui résultent des plaidoyers, du processus de transfert des acquis du projet aux structures étatiques mais aussi des activités en liaison avec les autres résultats du projet. Ces connaissances perdureront et pourraient être des supports pour la consolidation de l'intégration de la PCIMA dans le système de santé du Sahel.

Toutefois un certain nombre de défis sont à considérer dans la durabilité des effets de ce projet. Il s'agit :

- **L'opérationnalisation de l'engagement des maires**

L'ensemble des maires rencontrés ont accusé le manque de ressources financières pour le financement des activités de lutte contre la malnutrition. Les actions qu'ils planifient dans leurs plans d'investissement résultent pour la plupart des fonds transférés par l'Etat.

- **Le turnover du personnel de santé**

Ce facteur a tendance à conduire à un perpétuel recommencement des processus de consolidation du système de santé. Il est émanerait d'une gestion inéquitable des employés de l'Etat (salaire égal quel que soit la région), du faible développement des infrastructures routières de la région du Sahel, de la faible disponibilité de l'eau potable, des problèmes de séparation des couples, de l'admission des agents aux concours professionnels de l'Etat ou aux tests de recrutement des ONG. Le renforcement du curricula de formation de base au niveau des écoles professionnelles en y intégrant des modules sur la prise en charge de la malnutrition pourraient réduire en partie les effets de ce turnover.



#### IV. Conclusions et enseignements

---

La présente évaluation a concerné la phase 9 du projet de la Croix Rouge de Belgique financé par ECHO et mise en œuvre à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2016 au 31 mars 2017. Ce projet portait sur le renforcement de l'intégration de la prise en charge de la malnutrition aiguë globale dans le système de santé de la région du Sahel et l'évaluation s'est focalisée sur les actions en liaison avec le résultat 3 du projet, à savoir « *Les structures étatiques et les collectivités locales de la région du Sahel leur niveau d'appropriation des activités de nutrition* ».

Cette évaluation a permis d'analyser la pertinence, l'efficacité, l'efficience, l'impact, et la pérennité de la prestation en liaison avec ce résultat 3

En effet, l'approche participative qui a caractérisé le processus de planification du projet ECHO 2016-2017 et en particulier les prestations en lien avec l'intégration de la PCIMA dans le système de santé burkinabè a permis de prendre en compte les besoins du système de santé ainsi qu'un alignement du projet à la politique et aux priorités du pays. Toutefois, il convient de renforcer cette approche participative en impliquant également les autorités des collectivités locales (les maires par exemple) dans le processus de planification des projets. De plus, il a été constaté que le nombre de rencontre de plaidoyers en vue d'accroître le niveau d'appropriation des activités de nutrition par les acteurs étatiques et les collectivités locales n'a pas été suffisant.

Bien que la mise en œuvre des activités de ce projet ait été caractérisée par certaines difficultés organisationnelles et/ou conjoncturelles, une bonne collaboration entre l'équipe du projet et les acteurs étatiques de mise en œuvre a facilité le bon déroulement des activités. Le mode opératoire de la CR qui implique une gestion participative des acteurs de mise en œuvre a favorisé une bonne collaboration entre les parties prenantes et a permis aux différents acteurs étatiques de se sentir responsables de la mise en œuvre des activités.

Les résultats de cette évaluation ont montré que l'intégration de la PCIMA dans le système de santé devient de plus en plus une réalité dans la région de Sahel. Ces propos sont illustrés par les faits suivants :

- ✓ communautaire, la sensibilisation, le dépistage précoce des cas attendus et la référence des cas vers les CSPS pour confirmation et prise en charge sont réalisés dans la plupart des villages ;
- ✓ Au niveau des acteurs étatiques : les autorités sanitaires à tous les niveaux hiérarchiques sont conscientes du rôle qu'elles doivent jouer dans la lutte contre la malnutrition
- ✓ La PCA de la malnutrition est réalisée dans la quasi-totalité des CSPS et 76,7% des CSPS de la région du Sahel effectuent le dépistage et le suivi tous les jours de façon intégrée aux autres activités de routine ;
- ✓ La Direction de la Nutrition au Ministère de la santé s'est approprié des outils de monitoring de l'intégration de la PCIMA;
- ✓ Au niveau des collectivités locales, la plupart des maires deviennent de plus en plus conscients de la nécessité de prendre en compte la lutte contre la malnutrition dans leurs activités. Cependant, l'insuffisance des moyens financiers, l'insuffisance des compétences en matière d'élaboration de projets et l'insuffisance de

compétences en matière de mobilisation de fonds empêchent les mairies à agir conséquemment dans la lutte contre la malnutrition.

Toutefois, la sensibilisation de la population mérite d'être renforcée dans certains endroits où la plupart des mères n'ont pas encore bien compris le bien-fondé d'une meilleure prise en charge de la malnutrition. De même des actions permettant de renforcer la concertation de tous les acteurs étatiques et des collectivités locales méritent d'être multipliées.

## **V. Améliorations souhaitables (recommandations)**

---

En se basant sur les résultats de la présente évaluation et sur les principales leçons apprises, la mission d'évaluation formule des recommandations suivantes :

### **i. A la Direction de la nutrition**

- + Prendre les dispositions pour la satisfaction des besoins en intrants de prise en charge de la malnutrition**
  - Réaliser une estimation des besoins de la base vers le haut avec une implication effective des parties prenantes
  - Faire un plaidoyer pour l'augmentation du financement des intrants par l'Etat
- + Faire des plaidoyers pour l'intégration des modules de prise en charge de la malnutrition dans les curricula des écoles de formations en santé**

### **ii. A la DRS et aux ECD**

- + Saisir l'opportunité des sessions de réallocation du financement des plans d'actions des districts pour inscrire les activités du projet dans leurs PA**
  - Inviter la Croix-Rouge à la session de réallocation
  - Inscrire les activités du projet dans les PA
- + Primer les ASBC et les CAPN qui ont excellé dans la lutte contre la malnutrition**
  - Définir des critères de classement des ASBC et des CAPN
  - Décerner des prix (attestations, nature, argent...)
- + Renforcer le suivi de l'élaboration des plans d'action des CSPS**
  - Élaborer un canevas d'élaboration des plans d'action des CSPS selon l'approche de la gestion axée sur les résultats
  - Former les ICP sur la gestion axée sur les résultats
  - Coacher les ICP lors de l'élaboration de leur plan d'action
  - Veiller à la transmission des plans d'action aux maires et à l'ECD

### **iii. Aux ICP**

- + Participer aux sessions budgétaires des communes**
  - Faire l'expression des besoins des CSPS en matière de nutrition
  - Adresser une requête au maire
  - Faire un plaidoyer en faveur de la nutrition lors des sessions budgétaires de la commune
- + Associer les conseillers communaux, le COGES et les OBC à l'élaboration des plans d'action des CSPS**
  - Inviter les conseillers à participer à l'analyse de la situation des CSPS et à l'identification des actions à planifier

- Transmettre les plans d'action aux communes et à l'ECD
- ✚ **Transmettre les rapports mensuels d'activités des CSPS aux communes**
  - Élaborer un rapport synthétique mensuel des activités de nutrition des CSPS (couverture et indicateurs de performance de PCIMA)
  - Transmettre le rapport synthétique aux communes
  
- iv. **A la CRBF**
- ✚ **Former les maires, les membres des conseils communaux, les COGES de la région du Sahel en plaidoyer et mobilisation des ressources.**
  - Faire un état des lieux des potentialités de financement de la lutte contre la malnutrition dans la région du Sahel
  - Elaborer un plan de plaidoyer et de mobilisation des ressources
  - Former les élus locaux sur le plaidoyer et de mobilisation des ressources
- ✚ **Assurer un suivi individuel (par commune) des engagements pris par les maires lors des rencontres de plaidoyer**
  - Réaliser des visites de suivi dans les communes (appui-conseils) avant leurs sessions budgétaires et l'élaboration de leurs PDC
  
- ✚ **Impliquer les maires et les conseillers communaux dans le processus de planification et d'élaboration (analyse de la situation et identification des activités) des projets de la Croix-Rouge**
  - Convier les maires à l'analyse de la situation de l'intégration de la malnutrition dans le système de santé
  - Soumettre à leur appréciation le cadre logique du projet
  
- v. **A la CRB**
- ✚ **Aligner le cycle de planification des projets de la Croix-Rouge à celui du système de santé burkinabè**
  - Faire un plaidoyer auprès d'ECHO
  - Entamer l'élaboration des projets dès le début du 4<sup>e</sup> trimestre de l'année (période d'élaboration des plans d'action des districts et de la DRS)
- ✚ **Rechercher des financements additionnels auprès des bailleurs finançant des développements pour le financement de l'intégration de la PCIMA au système de santé**
  - Plaidoyers auprès des bailleurs de fonds finançant des projets de développement
  - Documenter (réaliser une étude) le lien entre intégration et réduction de la morbidité et de la mortalité de la malnutrition et de ses pathologies associées en vue de soutenir les actions de plaidoyer en faveur de l'intégration

## VI. Plan de mise en œuvre des recommandations

Ecarts	Causes	Recommandations	Actions	Responsables	Commentaires
Il existe des ruptures d'intrants	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Insuffisance de planification</li> <li>- Réduction des financements extérieurs</li> <li>- Faible contribution financière de l'Etat pour l'achat des intrants</li> </ul>	Prendre les dispositions pour la satisfaction des besoins en intrants de prise en charge de la malnutrition	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réaliser une estimation des besoins de la base vers le haut avec une implication effective des parties prenantes</li> <li>- Faire un plaidoyer pour l'augmentation du financement des intrants par l'Etat</li> </ul>	DN	
Il existe des conflits de calendriers lors de la mise en œuvre des activités du résultat 3 avec celles du ministère de la santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les activités du résultat 3 ne sont pas inscrites dans les plans d'action des districts</li> <li>- Le cycle de planification des projets de la CR ne coïncide pas avec celui du système de santé</li> <li>- le temps accordé à la CR pour l'élaboration des projets est court</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aligner le cycle de planification des projets de la Croix-Rouge à celui du système de santé burkinabè</li> <li>- Accorder plus de temps à la CR pour l'élaboration des projets</li> <li>- Saisir l'opportunité des sessions de réallocation du financement des plans d'actions des districts pour inscrire les activités du projet dans les PA des DS</li> </ul>	- Faire un plaidoyer auprès de ECHO	CRB	
			- Entamer l'élaboration des projets dès le début du 4e trimestre de l'année	CRB	
			- Réviser les délais de rédaction des propositions	ECHO	
			Inviter la Croix-Rouge à la session de réallocation	DRS ECD	
			Inscrire les activités du projet dans les PA	ECD	

La durée de mise en œuvre des activités du résultat 3 est relativement courte	Le projet est financé par un financement d'urgence	Rechercher des financements additionnels auprès des bailleurs finançant des développement pour le financement de l'intégration de la PCIMA au système de santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plaidoyers auprès des bailleurs de fonds finançant des projets de développement</li> <li>- Documenter (réaliser une étude) le lien entre intégration et réduction de la morbidité et de la mortalité de la malnutrition et de ses pathologies associées en vue de soutenir les actions de plaidoyer en faveur de l'intégration</li> </ul>	CRB	
Les ASBC ne sont pas suffisamment motivés	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Il existe un retard dans le paiement des primes des ASBC</li> <li>- Certains ASBC et les CVN ne sont pas motivés</li> </ul>	Primer les ASBC et les CAPN qui ont excellé dans la lutte contre la malnutrition	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Définir des critères pour le classement des ASBC et les CAPN</li> <li>- Décerner des attestations de reconnaissances</li> </ul>	DRS DS	Cette stratégie permettra de créer une saine compétition au sein des ASBC et les CAPN
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les plans d'action des CSPS ne sont élaborés selon les directives</li> <li>- les maires n'ont pas suffisamment de visibilité sur les activités des CSPS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les COGES et les maires ne sont pas suffisamment impliqués</li> <li>- Les plans d'actions des CSPS ne sont pas transmis aux maires</li> </ul>	Renforcer le suivi de l'élaboration des plans d'action des CSPS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Élaborer un canevas d'élaboration des plans d'action des CSPS selon l'approche de la gestion axée sur les résultats</li> <li>- Former les ICP sur la gestion axée sur les résultats</li> <li>- Coacher les ICP lors de l'élaboration de leur plan d'action</li> <li>- Veiller à la transmission des plans d'action aux maires et à l'ECD</li> </ul>	ECD	

		Associer les conseillers communaux et le COGES à l'élaboration des plans d'action des CSPS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inviter les conseillers à participer à l'analyse de la situation des CSPS et à l'identification des actions à planifier</li> <li>- Transmettre les plan d'action aux communes et à l'ECD</li> </ul>	ICP	
		Participer aux sessions budgétaires des communes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faire l'expression des besoins des CSPS en matière de nutrition</li> <li>- Adresser une requête au maire</li> <li>- Faire un plaidoyer en faveur de la nutrition lors des sessions budgétaires de la commune</li> </ul>	ICP	
	- les maires ne sont pas suffisamment associés au suivi des activités nutritionnelles	Transmettre les rapports mensuels d'activités des CSPS et le bilan des PA aux communes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Élaborer un rapport synthétique mensuel des activités de nutrition des CSPS (couverture et indicateurs de performance de PCIMA)</li> <li>- Transmettre le rapport synthétique aux communes</li> </ul>		
Les élus locaux ont une faible capacité de mobilisation des ressources en faveur de la lutte contre la malnutrition	Le financement des activités de lutte contre la malnutrition des communes est faible	Former les élus locaux du Sahel en plaidoyer et mobilisation des ressources	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faire un état des lieux des potentialités de financement de la nutrition dans la région</li> <li>- Elaborer un plan de plaidoyer et de mobilisation des ressources</li> <li>- former les élus locaux sur le plaidoyer la mobilisation des ressources</li> </ul>	CRB/CRBF Maires Présidents COGES	Il s'agira de doter les élus locaux en outils nécessaires pour la mobilisation des ressources en faveur la lutte contre la malnutrition

Annexe.1. Termes de référence



## DOSSIER D'APPEL D'OFFRES

**POUR LA REALISATION D'UNE EVALUATION DU PROJET**  
**Renforcement de l'intégration de la prise en charge de la malnutrition**  
**aiguë globale dans le système de santé de la région du Sahel et des**  
**provinces de Loba et Bougouriba de la région du Sud-Ouest**

## 1. Objet

Dans le cadre du projet « Renforcement de l'intégration de la prise en charge de la malnutrition aiguë globale dans le système de santé de la région du Sahel et des provinces de Loba et Bougouriba de la région du Sud-Ouest » mis en œuvre par la Croix-Rouge de Belgique (CRB), en partenariat avec la Croix-Rouge Burkinabé (CRBF), il est fait appel à un bureau d'études/consultant pour la réalisation d'une évaluation.

La mission de terrain devra s'effectuer **dans le courant du mois de mai 2017** et le rapport final devra impérativement être remis avant le 15 Juin 2017.

L'objectif de l'évaluation est de juger de l'efficacité, de l'efficience, de l'impact, et de la pérennité de la prestation en liaison avec le résultat 3 du présent projet, à savoir « Les structures étatiques et les collectivités locales de la région du Sahel et du Sud-Ouest améliorent leur niveau d'appropriation des activités de nutrition ». Le contexte et le contenu plus détaillé du projet se trouvent en annexe 3.

L'évaluation se concentrera sur la région Sahel qui a bénéficié depuis plusieurs années (phases précédentes mises en œuvre par la Croix-Rouge) d'actions visant à renforcer l'intégration de la nutrition dans le système de santé Burkinabé.

L'évaluation fera une analyse critique des différentes actions concourant à l'atteinte du résultat 3 et mises en œuvre dans le cadre du présent projet.

Quelques questions que se pose le commanditaire :

Efficacité :

- Dans quelle mesure les activités mises en œuvre ont contribué à l'atteinte du résultat sur l'intégration ?
- Le résultat du projet a t'il été atteint de manière satisfaisante (en lien avec l'atteinte des indicateurs du résultat) ?
- Quels éléments ont été un frein ou un levier dans l'appui à l'intégration?

Efficience:

- Les ressources (humaines, financières, autres) allouées à ce résultat étaient elles suffisantes/optimales?
- Quelle est la valeur ajoutée de la Croix-Rouge dans le processus d'appui à l'intégration ?
- D'autres actions auraient elles permis d'atteindre de manière plus efficiente le même résultat?

Pérennité:

- Dans quelle mesure les acquis de l'intégration pourront perdurer à l'issue de l'appui de la CRB?
- Quels sont les éléments qui prouvent que les autorités locales aux différents niveaux de déconcentration ont intégré la prise en charge de la malnutrition comme une activité à part entière
- Quels sont les principaux éléments pouvant mettre a mal les résultats obtenus.

Impact :

- Quels sont les effets durables positifs ou négatifs, directs ou indirects, souhaités ou imprévus induit par les appuis de la CRB auprès des structures étatiques et collectivités locales.

## 2. Déroulement de l'évaluation et outputs attendus :

L'évaluation sera divisée en 3 phases : une phase de cadrage avec la CRB et CRBF, une phase d'évaluation terrain et une phase de restitution et rapportage. Un comité de pilotage mixte CRB et CRBF sera constitué pour accompagner et encadrer l'évaluateur dans toutes ces phases.

La mission d'évaluation se déroulera à Ouagadougou, et dans les 4 provinces de la région du Sahel. La mission tiendra toutefois compte des contraintes sécuritaires spécifiques à cette zone. Le soumissionnaire est libre de proposer le nombre de jours qu'il juge nécessaires pour la réalisation de la mission. Nous estimons néanmoins que la mission devrait avoisiner **19 jours** correspondant au planning indicatif suivant : 2 jours réservés à la lecture des documents utiles et à la préparation de la mission, 2 jours réservés à la rédaction puis validation de la note méthodologique avec le comité de pilotage, 2 jours réservés aux rencontres à Ouagadougou, 7 jours réservés aux rencontres et aux visites de terrain en Province, 4 jours réservés à l'analyse des données collectées et à la rédaction du rapport provisoire, 1 jour réservé à la présentation du rapport provisoire à la CRB et ses partenaires et 1 jour réservé à la finalisation du rapport final incluant les commentaires de chacun sur le rapport provisoire.

Durant la phase de cadrage, l'évaluateur prendra connaissance des différents documents, et devra proposer à la CRB pour validation une **note méthodologique** comprenant des questions évaluatives en lien avec chaque critère et la méthode de collecte de données proposée pour y répondre.

A l'issue de la mission terrain, l'évaluateur fera une restitution des principaux constats à la CRB et CRBF. Il rédigera ensuite un pré rapport final sur le modèle du rapport final qui devra se présenter comme suit :

1. Introduction
2. Table des matières
3. Synthèse
4. Méthodologie
5. Constats
6. Analyses et facteurs explicatifs
7. Conclusions et enseignements
8. Améliorations souhaitables (recommandations), structurées en fonction de leurs destinataires (CRB ou partenaires)
9. Les annexes (à attacher à la version finale du rapport) contiendront notamment
  - les termes de référence
  - la liste des personnes interviewées
  - la liste des documents consultés

Les rapports remis par le consultant devront apporter des réponses, observations et recommandations concernant tous les points constituant les objectifs de la mission (cfr supra, « Objectifs de la mission »). La restitution à la Croix-Rouge du Burkina Faso et à la Croix-Rouge de Belgique, devra être faite à l'appui d'un powerpoint. Le rapport provisoire sera transmis en version électronique à la Croix-Rouge du Burkina Faso et à la Croix-Rouge de Belgique, au moins 2 jours ouvrables avant la tenue de la restitution.

La synthèse devra reprendre en 2 pages max., les éléments essentiels du rapport d'évaluation et les principales améliorations proposées. Les constats seront basés sur des sources fiables, vérifiables et triangulées. Les conclusions devront indiquer sur quels numéros de paragraphe (dans les constats et analyses) elles sont fondées. Toute recommandation devra correspondre à une conclusion. Le rapport final sera évalué sur la base de son contenu, de sa force probante, de sa cohérence et de sa lisibilité. Il fournira des recommandations concernant l'atteinte du résultat 3. Le corps du rapport devra comporter **maximum 30 pages**. Tout matériel important sera joint en annexe.

Sur base de retours de la CRB et de la CRBF, l'évaluateur soumettra son rapport final. Le rapport final devra être remis en 2 exemplaires papiers, ainsi qu'en version électronique. **Vu les exigences du bailleur de fonds, le rapport final devra impérativement comporter sur sa page de couverture le logo de la Direction générale pour la protection civile et les opérations d'aide humanitaire européennes de la Commission européenne (ECHO), ainsi que celui des Croix-Rouge de Belgique et du Burkina-Faso. Ces logos pourront être obtenus en version électronique.**

### 3. Méthodologie proposée et équipe d'évaluation

La méthodologie reprise ci-dessous est indicative. Les soumissionnaires sont libres de faire des propositions différentes (qui seront dans ce cas motivées et argumentées) ou de suggérer des améliorations et des enrichissements.

Les évaluateurs s'appuieront pour réaliser cette évaluation finale sur une analyse documentaire, ainsi que sur des réunions avec les entités responsables des activités au niveau central (Direction Nationale de la nutrition, représentant du bailleurs de fonds et des autres ONGs, représentant de la Croix-Rouge de Belgique et assistant au coordinateur santé de la Croix-Rouge Burkinabé en charge de la nutrition) et décentralisé (Direction régionale de la santé, membres des équipes cadres de district, membres de l'équipes projet). Enfin, des visites de terrain seront réalisées pour rencontrer le personnel de santé (infirmiers chef de poste, personnel médical) et évaluer leur perception.

Les documents utiles suivants seront remis en version électronique au bureau/consultant sélectionné avant le démarrage de la mission : budget du projet, rapports mensuels des équipes de terrain, rapport intermédiaire bailleur, Les différentes documents liés à l'évaluation de l'intégration (méthodologie, questionnaire, résultats des enquêtes). Tout autre document utile pourra être transmis au bureau d'études/consultant à sa demande.

Le nombre de consultants et d'éventuels enquêteurs nécessaires à la réalisation de la mission est laissé à l'appréciation du soumissionnaire. **L'équipe de mission** doit néanmoins répondre aux critères suivants :

#### Consultant, chef de mission

Le consultant chef de mission doit disposer d'un diplôme universitaire, expert en santé publique et développement, ou similaire.

Son CV doit démontrer une expérience avérée d'au moins 5 ans dans la réalisation d'évaluations de projets et dans la collecte et l'analyse des données socio-économiques.

Il doit avoir une maîtrise parfaite des outils informatiques et des capacités rédactionnelles avérées (rédaction de rapports). Il doit maîtriser parfaitement le français.

Il doit avoir une très bonne connaissance des méthodes et outils de planification, d'évaluation et de suivi.

Il doit maîtriser le cadre logique, les critères d'évaluation et l'analyse des indicateurs.

Une connaissance du fonctionnement de la Croix-Rouge et de ses structures décentralisées est un atout.

Le consultant chef de mission est entièrement responsable des conclusions et recommandations de la mission. Il est le garant de la qualité du rapport final, ainsi que du respect du planning de la mission et des délais. Il est en charge des tâches suivantes :

- Coordonner l'équipe de mission
- Elaborer dès le démarrage de la mission un planning d'activités avec un chronogramme précis de la mission, ainsi qu'un agenda indicatif des contacts à prendre, et des visites à effectuer sur le terrain.
- gérer le temps des enquêteurs en fonction de la réalisation des objectifs de la mission
- organiser les visites de terrain
- assurer la pertinence de l'analyse et la conformité aux termes de référence
- rédiger le rapport provisoire et le rapport final
- faire la restitution à la CRB et à ses partenaires des résultats obtenus

### Enquêteurs

Le consultant peut être appuyé dans son travail par des enquêteurs expérimentés dans la collecte de données dont le nombre est laissé à l'appréciation du bureau d'études ou du consultant. Pour des raisons d'accès à la zone du projet, l'équipe devra être constituée d'au moins un enquêteur burkinabé.

#### 4. Informations

Tout renseignement préalable à la remise des offres peut être demandé jusqu'à la date de réception des offres à :

- Monsieur Michel Savel, Représentant Pays de la Croix-Rouge de Belgique au Burkina-Faso ([michel.savel@croix-rouge.be](mailto:michel.savel@croix-rouge.be))
- Madame Charlotte Mali, Responsable Partenariat et Programmes, Croix-Rouge de Belgique ([charlotte.mali@croix-rouge.be](mailto:charlotte.mali@croix-rouge.be))

#### 5. Dépôt de l'offre

La remise d'une offre par un soumissionnaire implique pour ce dernier l'engagement de respecter les clauses contenues dans le présent document. Les propositions présentées par le soumissionnaire, ainsi que les précisions qu'il donnera aux demandes d'éclaircissements qui lui seront éventuellement adressées constituent des engagements de sa part.

Par le simple fait de remettre une offre, le soumissionnaire déclare renoncer à ses propres conditions (de vente).

Un soumissionnaire ne peut remettre qu'une seule offre par marché.

L'offre devra comporter les documents spécifiés à l'article 6 du présent document.

L'offre et chacun des documents l'accompagnant doivent être signés par le soumissionnaire ou son mandataire. Il en va de même de toute surcharge, rature ou mention qui y serait apportée. Le mandataire doit faire apparaître qu'il est autorisé à engager le soumissionnaire.

Les offres doivent être remises en 2 exemplaires (un original et 1 copie portant la mention « copie certifiée »). Elles doivent être envoyées ou déposées au siège de la Croix-Rouge de Belgique, 96 rue de Stalle, B-1180 Bruxelles, Belgique. Ou envoyées par scan à l'adresse mail suivante : [charlotte.mali@croix-rouge.be](mailto:charlotte.mali@croix-rouge.be).

Les offres devront être remises sous enveloppe scellée portant la mention : « **OFFRE - EVALUATION Intégration et prise en charge de la malnutrition - Burkina Faso** ». Le pli devra être réceptionné le 25/04/2017 à 10 h au plus tard (cachet de la poste faisant foi). Le calendrier indicatif prévoit l'ouverture des offres le 26/04 et une communication des résultats au plus tard le 27/04.

#### 6. Fixation des prix et devise

Le montant maximum du budget disponible pour cette évaluation est de 15.000 € TTC. Toute offre supérieure à ce montant sera automatiquement rejetée.

Le présent marché est un marché global à prix forfaitaire englobant l'ensemble des prestations à effectuer pour l'exécution des services.

Les offres de prix doivent être libellées en Euros et doivent comprendre la totalité des coûts engendrés par les services (honoraires, indemnités journalières, frais de logement, frais de transports nationaux et internationaux, frais de communication, frais administratifs, frais de reproduction de documents, matériel de bureau, etc). Dans la mesure du possible, la CRB assurera les déplacements locaux dans les zones du projet effectués en voiture. La CRB n'acceptera pas des offres dont le montant journalier des honoraires est supérieur à 700 € TTC. Pour les consultants (bureaux) assujettis à la TVA, le formulaire de soumission (annexe 1) et le bordereau de prix (annexe 2) doivent mentionner le montant de la TVA.

**Le marché est à prix fermes et non révisables.**

## 7. Contenu de l'offre

L'offre doit comprendre **TOUS** les documents référencés ci-dessous :

### 1. Offre technique :

- Le formulaire d'offre complété et signé (cfr annexe 1)
- La méthodologie appliquée pour l'exécution de la mission (max. 5 pages). Cette méthodologie devra suivre les exigences des termes de référence. Néanmoins, le consultant est libre de suggérer des améliorations, des modifications et des enrichissements des termes de référence. La méthodologie devra impérativement faire mention des éléments repris ci-dessous :
  - Compréhension de la mission
  - Approche et organisation générale de la mission
  - Répartition des tâches entre le(s) consultant(s) et les enquêteurs
  - Moyens de mise en œuvre
  - Calendrier indicatif et planning envisagé pour la mission. Pour rappel, la mission de terrain devra avoir lieu au mois de mai 2017 et le rapport final devra impérativement être remis avant le 15 juin 2017.

### 2. Offre financière

- L'offre financière dûment signée comprenant le prix total des services, ainsi que le détail des différents coûts (un modèle, non obligatoire, est proposé en annexe 1)
- La preuve de la constitution de la caution de soumission (sous forme de chèque certifié). La caution sera remboursée aux soumissionnaires non gagnants après l'attribution du marché. Concernant le soumissionnaire gagnant, la caution de soumission fera office de garantie de bonne exécution et elle lui sera remboursée après l'approbation du rapport final. La caution s'élève à : **200 Euros ou 130.000 FCFA**

### 3. Equipe de consultance :

- Le CV du/des consultant(s) proposé(s) (CV de maximum 3 pages par consultant) pour diriger la mission et la liste des éventuels enquêteurs qui l'appuieront dans son travail. Le chef de mission doit être clairement identifié.
- Une déclaration de disponibilité du consultant chef de mission pour la période proposée pour la mission. Pour rappel, la mission de terrain devra avoir lieu en Mai 2017. Cette déclaration engage le consultant.

4. Évaluation des offres

La Croix-Rouge choisira l'offre régulière qu'elle juge la plus avantageuse en tenant compte des critères suivants :

- L'offre financière (20%)
- La qualité du CV du consultant chef de mission (40%)
- La qualité de l'offre technique et de la méthodologie proposée (40%)
- Les résultats de l'évaluation des offres seront communiqués le 20/04/2017

5. Conclusion du contrat

Un contrat sera signé avec le soumissionnaire gagnant. Le calendrier indicatif prévoit une signature au 30/04/2017

6. Paiement des services

Le prestataire de services se verra intégralement payé en Euros (EUR).

Les paiements seront effectués en 2 tranches, sur base de la réception d'une facture ou d'une déclaration de créance originale, selon l'échéancier suivant :

- 40% du montant total du marché à la signature du contrat, sur base de la réception de la facture
- 60% du montant total du marché après approbation du rapport final de la mission, sur base de la réception de la facture

Chaque facture sera signée et datée, et portera la mention « certifié sincère et véritable et arrêté à la somme totale de..... EUR (Montant en toutes lettres) ». Chaque facture mentionnera en outre :

- Les références du prestataire de services.
- Le numéro de compte auquel le virement doit être effectué.
- Le détail des services concernés et la référence au projet

**ANNEXE 1 : MODÈLE DE FORMULAIRE D'OFFRE**

Date : \_\_\_\_\_

À : CROIX-ROUGE - PROJET « Renforcement de l'intégration de la prise en charge de la malnutrition aiguë globale dans le système de santé de la région du Sahel et des provinces de Ioba et Bougouriba de la région du Sud-Ouest »

Mesdames, Messieurs,

a) Après avoir examiné le Dossier d'appel d'offres relatif à l'évaluation finale du projet de « Renforcement de l'intégration de la prise en charge de la malnutrition aiguë globale dans le système de santé de la région du Sahel et des provinces de Ioba et Bougouriba de la région du Sud-Ouest », nous n'avons aucune réserve à son égard ;

b) Nous proposons de vous fournir conformément au dossier d'appel d'offres et aux spécifications techniques les services ci-après :  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

c) Le prix total de notre offre est de ..... Fbu HTVA, soit..... Fbu TVAC (pour les bureaux assujettis);

d) Notre offre demeurera valide pendant une période de 30 jours à compter de la date limite fixée pour la remise des offres; cette offre continuera de nous engager et peut être acceptée à tout moment avant l'expiration de cette période ;

e) Il est entendu par nous que vous n'êtes pas tenus d'accepter l'offre la moins disante, ni donner suite à l'une quelconque des offres que vous pouvez recevoir.

Nom \_\_\_\_\_ En tant que \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

(Pour les sociétés) Dûment habilité à signer l'offre pour et au nom de \_\_\_\_\_

En date du \_\_\_\_\_

**ANNEXE 2 : MODELE DE BORDEREAU DE PRIX**

Date : \_\_\_\_\_

Nom du soumissionnaire:

1	2	3	4	5
Poste No.	Intitulé*	Quantité	Prix unitaire par jour En Fbu	Prix total (Col 3 x4)
1.	Consultant 1 (Chef de mission)	..... homme/jour		
2.	Consultant 2 (facultatif)	..... homme/jour		
3.	Enquêteurs (facultatif)	..... homme/jour		
4.	Forfait pour transports	/	/	
5.	Autres frais forfaitaires éventuels (à préciser par	/	/	

	le soumissionnaire)			
6.	Etc			
<b>TOTAL HTVA :</b>				
<b>Montant de la TVA :</b>				
<b>Montant total TVAC :</b>				

\* Le nombre de consultants et d'éventuels enquêteurs nécessaires à la réalisation de la mission est laissé à l'appréciation du bureau d'études. Le bordereau des prix doit être adapté dans ce sens.

\*Conformément à l'article 6, les offres de prix doivent comprendre la totalité des coûts engendrés par les services (honoraires, indemnités journalières, frais de logement, frais de transports, frais de communication, frais administratifs, frais de reproduction de documents, matériel de bureau, etc). **Les prix sont fermes et non révisables.**

Fait à....., le.....

Signature :

### **ANNEXE 3 : Contexte et description du projet**

L'évaluation est commanditée dans le cadre du projet « Renforcement de l'intégration de la prise en charge de la malnutrition aiguë globale dans le système de santé de la région du Sahel et des provinces de loba et Bougouriba de la région du Sud-Ouest ». Ce projet est mis en œuvre par la Croix-Rouge du Burkina en partenariat avec la Croix-Rouge de Belgique et avec le soutien financier de la Direction générale pour la protection civile et les opérations d'aide humanitaire européennes de la Commission européenne (ECHO). Par contrat avec le dit bailleur, et dans le cadre de la politique d'évaluation de la CRB il est prévu de réaliser une évaluation externe du projet.

Ce projet renforce le lien entre Prise en charge en ambulatoire et prise en charge en interne afin de réduire la létalité intra-hospitalière, il s'articule autour de 3 axes : i) Renforcer l'offre de soins de qualité aux malnutris ; ii) Renforcer l'implication des communautés dans la lutte contre la malnutrition iii) Consolider l'intégration de la PCA dans le système de santé.

L'appui technique et financier du projet cible les CSPS et districts en fonction du niveau d'intégration et des besoins spécifiques, laissant l'exécution des activités classiques de renforcement des capacités des agents de santé aux équipes cadres de district.

L'intervention couvre 4 districts du Sahel. Sur la base des résultats de l'évaluation de l'intégration de la nutrition faite en 2015, la CRB/CRBF a suivi les CSPS des districts sanitaires ayant obtenu les scores les plus bas (DS Soum et Oudalan), les CSPS des DS du Seno et du Yagha ont été suivis de manière plus ponctuelle

Le budget global du projet est de 1.560.000 Euros et le budget du résultat 3 est de 343.097 Euros

Le cadre logique du projet est repris ci-dessous.

**Les activités prévues pour l'atteinte du résultat 3 sont les suivantes :**

Appui à la concertation aux niveaux régional et provincial

Le projet appuiera le renforcement de la coordination en faveur de l'intégration de la PCIMA dans la région du Sahel à travers l'organisation de rencontres au niveau provincial, régional et central. Ces rencontres visent à coordonner les activités du projet, à en assurer le suivi et à profiter de ces tribunes pour faire le plaidoyer en faveur de l'intégration de la PCIMA avec un accent particulier sur l'appropriation des acquis du projet.

Pour ce faire, les activités suivantes seront mises en oeuvre:

- Tenir une rencontre de planification (opérationnelle) de la phase 9 du projet au niveau régional: elle permettra de présenter le projet aux acteurs étatiques et privés, de réajuster le chronogramme des activités (s'il y a lieu) avec la DRS, les 04 ECD de la région et les autres PTF. Cette rencontre sera l'occasion d'adopter les accords de partenariat pour la mise en oeuvre de la phase 9 du projet.

- Tenir une rencontre de planification (opérationnelle) de la phase 9 du projet dans les 04 DS: ces rencontres visent les mêmes objectifs que celle du niveau régional mais à l'échelle provincial avec les ICP et les autres intervenants résidant à ce niveau.

- Organiser une rencontre de suivi des accords DRS-DS-CRBF: Il permettra de faire un bilan à mi parcours de la mise en oeuvre du projet juste avant la rédaction du rapport intermédiaire et d'adopter des stratégies correctrices face à d'éventuelles difficultés. Le bilan final du projet sera intégré à l'atelier régional de restitution des résultats de l'évaluation de l'intégration de la PCMA.

- Organiser une session de Comité de Pilotage du projet dans chaque province afin de présenter le projet aux autorités locales et autres services connexes décentralisés. Ces sessions serviront de cadre pour faire le plaidoyer pour renforcer l'intégration de la PCIMA et l'appropriation par les structures étatiques des expériences réussies du projet. A cette occasion, le projet fera un plaidoyer pour intégrer ce cadre à d'autres regroupant déjà les mêmes acteurs.

- Participer aux différents cadres de concertation existants aux niveaux provincial, régional et central: l'équipe projet va participer activement aux différents cadres de concertation sur la nutrition aux différents niveaux du système de santé. Les résultats et leçons apprises du projet serviront à alimenter le plaidoyer à travers ces tribunes.

MR1 : En dehors des sessions des comités de pilotage du projet, toutes les autres sous activités seront également réalisées dans la région du Sud-Ouest.

Appui à la mise en œuvre des plans de transfert des acquis du projet aux acteurs locaux dans 4 DS et les FS du Sud-Ouest (Dano, Diébougou et CHR de Gaoua)

Il s'agira concrètement de:

- organiser des visites lobby auprès des nouveaux maires qui seront élus en janvier 2016 afin de plaider pour le financement de la nutrition en priorité certains acquis du projet tels: l'approche CAPN, la subvention des soins aux malnutris, le financement basé sur les résultats au profit des ASBC, les pirogues, la promotion des normes WIH (concours, réhabilitation, amélioration des conditions d'accueil).

- organiser des rencontres de passation des CAPN au système de santé dans chaque DS: le projet va organiser des rencontres dans chaque district pour transférer les CAPN aux structures étatiques en présence des présidents des CoGes, des ICP, des membres ECD et de la DRS,

- Les comités provinciaux de la Croix-Rouge seront également appuyés pour le suivi du projet, la mobilisation sociale, la diffusion des principes humanitaires et le plaidoyer au niveau local.

MR 1: L'appui apporté aux 3 comités provinciaux de Dano, Diébougou et Gaoua leur permettra d'être plus opérationnels pour accompagner le projet et ses partenaires étatiques dans la mobilisation sociale en général et en particulier pour l'adhésion des communautés à la stratégie

PB mères et la promotion de la collecte du sang. Ces comités participeront également au monitoring des activités du projet via leurs volontaires.

Support au suivi, à l'évaluation et à la capitalisation de l'intégration de la PCIMA dans les 6 DS et des FS du Sud-Ouest et du Sahel (Djibo, Dori, Arbinda, Dano, Diébougou et CHR de Gaoua)

Concrètement, cette activité consistera à:

- Appuyer l'organiser d'un panel au niveau central sur le monitoring de l'intégration de la PCIMA et la diffusion des bonnes pratiques: il s'agira non seulement d'un cadre pour le plaidoyer pour l'appropriation de l'outil de monitoring de l'intégration de la PCMA mais aussi pour le partage des bonnes pratiques entre ONG et le secteur public. L'atelier sera placé sous l'égide du groupe des PTF nut avec la participation des directions centrales du ministère de la santé.

- Appuyer le suivi conjoint du processus d'intégration de la PCMA dans les 4 DS: ce suivi sera réalisé conjointement par la DRS, la Croix-Rouge et d'autres ONG intéressées (HELP, MDM-F, MDM-E, UNICEF, etc.) à mi parcours du projet en vue d'apprécier la mise en oeuvre des plans d'amélioration de l'intégration au niveau de chaque DS.

- Appuyer la réalisation d'une évaluation conjointe de l'intégration de la PCIMA suivie de restitution et de planification dans les 4 districts du Sahel (niveau CSPS et DS): elle permettra d'apprécier les progrès accomplis depuis la précédente évaluation et les effets éventuels de la réduction de l'appui du projet. Les évaluations se feront conjointement en cascade avec la participation d'autres PTF nutrition du Sahel. Les données issues de ces évaluations seront analysées de façon participative pour en dégager les forces et les faiblesses du système de santé en matière de PCIMA. Les outils qui ont servi précédemment à l'évaluation seront encore utilisés pour permettre la comparabilité des résultats.

- Former l'équipe de coordination du projet sur la base de données ENDOS du ministère de la santé: cette formation qui sera effectuée avec l'appui de la Direction des Etudes et des Statistiques Sectorielles (DESS) du ministère de la santé permettra à l'équipe projet de consulter les données de la malnutrition et de ses affections associées, de les analyser pour éclairer les prises de décisions.

MR 1: Une nouvelle sous activité a été inscrite pour renforcer le système de suivi évaluation en matière de nutrition dans les DS ciblés de la région du Sud-ouest.

Il s'agit de l'évaluation des CREN confessionnelles dans les DS de Dano et Diébougou : MDM-E et en particulier le Responsable PCI/PCA avec l'appui de la coordinatrice médicale de l'organisation effectueront une évaluation de la prise en charge dans les CREN confessionnelles des districts appuyés. Une restitution sera faite à la DRS et aux ECD pour échanger sur les constats et prendre des actions d'appui si nécessaire dans le cadre de la supervision effectuée dans ces structures par les districts. Les conclusions de cette évaluation permettront d'alimenter les réflexions au niveau national sur le rôle des CREN confessionnelles dans la lutte contre la malnutrition et les réformes éventuelles à y opérer pour leur permettre d'accompagner au mieux l'application du nouveau protocole de PCIMA.

MR2 : Une nouvelle sous activité va être mise en place : l'analyse des données médico - nutritionnelles en PCA et PCI dans les DS ciblés (audit des décès dans les CREN). La formation de l'équipe de coordination projet à ENDOS a été supprimée du fait du refus d'octroi du code d'accès de la Direction des Etudes et des Statistiques Sectorielles.

Intervention logic		Objectively verifiable indicators and sources of verification											
SPECIFIC OBJECTIVE	<b>Specific objective</b> Accroître les performances des acteurs institutionnels et communautaires en matière de prévention et de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë chez les enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes et allaitantes dans les régions du Sahel et du Sud-Ouest (provinces du Ioba et de Bougouriba).	<b>Indicator</b> Proportion du budget 2017 des districts sanitaires ciblés alloué à la nutrition  <b>Target value</b> 50%	<b>Source and method of data collection</b> Monitoring de l'intégration Budget des districts sanitaires										
		<b>Indicator</b> Couverture indirecte du programme MAS.  Couverture calculée sur la base des données collectées au niveau des centres de santé - calcul : Nb admissions réelles / Nb cas attendus * 100  <b>Target value</b> 100%	<b>Source and method of data collection</b> Fiches et registres de PEC de la malnutrition, Rapports mensuels de PEC de la malnutrition des CSPS, Bases de données du projet Bases de données des districts										
		<b>Indicator</b> Pourcentage de CSPS de la région du Sahel ayant respecté 03 seuils de performance d'un programme nutritionnel  <b>Target value</b> 100% (88/88)	<b>Source and method of data collection</b> Registres et fiches PCA Rapport mensuels malnutrition CSPS Base de données du projet Base de données des ECD										
		<b>Indicator</b> Pourcentage de CREN appuysés de la région du Sud-Ouest avant rassemblement	<b>Source and method of data collection</b>										
	<b>Result</b> Les CSPS de la région du Sahel, et les FS (CSPS et CREN) des DS du Soum, du Seno, de Dano et de Diébougou et du CHR de Gaoua, offrent une prise en charge médicale et nutritionnelle de qualité aux enfants de moins de 5 ans et aux FEFA malnutris.	<b>Indicator</b> Taux de rupture d'intrants nutritionnels MAS (ATPE) dans les régions du Sahel et du Sud-Ouest  <b>Target value</b> 0	<b>Source and method of data collection</b> Fiches de stocks PPN Rapports CSPS BDD projet										
	<table border="1"> <tr> <td><b>Global costs</b></td> <td>583.541,00 €</td> </tr> <tr> <td><b>Beneficiaries - Individuals</b></td> <td>72.991</td> </tr> <tr> <td><b>Beneficiaries - Organisations</b></td> <td>161</td> </tr> <tr> <td><b>Beneficiaries - Households</b></td> <td>0</td> </tr> <tr> <td><b>Individuals per household</b></td> <td>0</td> </tr> </table>	<b>Global costs</b>	583.541,00 €	<b>Beneficiaries - Individuals</b>	72.991	<b>Beneficiaries - Organisations</b>	161	<b>Beneficiaries - Households</b>	0	<b>Individuals per household</b>	0	<b>Indicator</b> % d'enfants MASC admis en PCI avec un PB >110 mm dans les régions du Sahel et du Sud-Ouest  <b>Target value</b> 25	<b>Source and method of data collection</b> Fiches et Registres PCI Rapports mensuels CRENI BDD projet
<b>Global costs</b>	583.541,00 €												
<b>Beneficiaries - Individuals</b>	72.991												
<b>Beneficiaries - Organisations</b>	161												
<b>Beneficiaries - Households</b>	0												
<b>Individuals per household</b>	0												
	<b>Target value</b> 50	<b>Indicator</b> % d'enfants MAS admis en PCA avec un PB >110 mm dans les régions du Sahel et du Sud-Ouest  <b>Target value</b> 25	<b>Source and method of data collection</b> Fiches et Registres des CSPS Rapports mensuels des CSPS BDD projet										
	<b>Indicator</b> Taux de mortalité dans les 24h dans les CRENIS appuysés (Sud-Ouest et Sahel)  <b>Target value</b> 25	<b>Source and method of data collection</b> Fiches et Registres PCI, Rapports mensuels CRENI, BDD projet											

**Result**

Les communautés s'impliquent davantage dans la lutte contre la malnutrition dans la région du Sahel et du Sud-Ouest (DS de Dano et Diébougou)

<b>Global costs</b>	531.306,00 €
<b>Beneficiaries - Individuals</b>	32.171
<b>Beneficiaries - Organisations</b>	7
<b>Beneficiaries - Households</b>	0
<b>Individuals per household</b>	0

**Indicator**

\* Proportion of severely acutely undernourished children screened and admitted to therapeutic treatment programmes

**Target value**

75

**Source and method of data collection**

Registres et fiches PCA  
Rapport mensuels malnutrition CSPS  
Base de données du projet  
Base de données des ECD

**Indicator**

% MAS dépistés et admis dans le programme grâce aux activités de routine

**Target value**

25

**Source and method of data collection**

Registres et fiches PCA  
Rapport mensuels malnutrition CSPS  
Base de données du projet  
Base de données des ECD

**Indicator**

% d'enfants MAS réadmis après abandon

**Source and method of data collection**

BDD des districts  
BDD du projet

**Result**

Les structures étatiques et les collectivités locales de la région du Sahel et du Sud-Ouest améliorent leur niveau d'appropriation des activités de nutrition

<b>Global costs</b>	343.097,00 €
<b>Beneficiaries - Individuals</b>	0
<b>Beneficiaries - Organisations</b>	68
<b>Beneficiaries - Households</b>	0
<b>Individuals per household</b>	0

**Indicator**

% d'ECD ayant obtenu un score supérieur à 75% à l'évaluation de l'intégration de la PCIMA

**Target value**

100

**Source and method of data collection**

Grille d'évaluation de l'intégration  
BDD intégration  
Rapport d'évaluation de l'intégration

**Indicator**

% de CSPS ayant amélioré leur niveau d'intégration de la PCIMA

**Target value**

75

**Source and method of data collection**

Grilles d'évaluation de l'intégration remplies  
BDD intégration  
Rapport d'évaluation de l'intégration

**Indicator**

% de CSPS bénéficiaires de financement des communes pour au moins trois (03) activités opérationnelles de nutrition

**Target value**

50

**Source and method of data collection**

Plan d'Action des CSPS,  
Plan d'Action des Communes (PCD, PAIC),  
Grille d'évaluation de l'intégration,  
Rapport d'évaluation de l'évaluation.

**Indicator**

Taux de complétude de transmission des rapports mensuels PCIMA des CSPS du Sud-Ouest

**Target value**

100

**Source and method of data collection**

Rapports mensuels PCIMA des CSPS, Dispositif de suivi de la transmission des rapports mensuels des CSPS mis en place au niveau des CISSE des 2 DS ciblés du sud-ouest, BDD du projet.

## Annexe.2. Note méthodologique



# Evaluation du projet “ Renforcement de l'intégration de la prise en charge de la malnutrition aiguë globale dans le système de santé de la région du Sahel et des provinces de Loba et Bougouriba de la région du Sud-Ouest”

### EQUIPE DE CONSULTANTS

Richard MANIRAMBONA: Consultant chef de mission  
Souleymane KABORE : Consultant associé

Bruxelles, 16 Mai 2017

Bureau d'expertise en Santé Publique (BEST sprl) – Avenue KERSBEEK, 308 – 1180 Uccle –Belgium

Tel : +32 (0)2 345 23 30 – Fax : +32 (0)2 401 41 93 – E-mail : best.sprl.be@gmail.com

N° d'entreprise : 0664643703 - Capital social : 18.600 euros

Institution bancaire : Banque ING – N° BE93 363 5185 8967

## I. Contexte de l'évaluation

---

La Croix-Rouge de Belgique (CRB) en partenariat avec la Croix-Rouge du Burkina Faso et avec le soutien financier de la Direction générale pour la protection civile et les opérations d'aide humanitaire européennes de la Commission européenne (ECHO) mettent en œuvre depuis février 2014, un projet de renforcement de l'intégration de la prise en charge de la malnutrition aiguë globale dans le système de santé de la région du Sahel.

Ce projet s'inscrit dans le cadre d'un programme de lutte contre la malnutrition initié en 2007 dans le souci de renforcer le système de santé tout en apportant un appui aux communautés dans la prise en charge de la malnutrition aiguë, et en accompagnant les communautés à développer des mécanismes de résilience face à l'insécurité alimentaire.

L'intégration de la prise en charge de la malnutrition aiguë globale dans le système de santé est un processus par lequel les institutions sanitaires aux différents niveaux acquièrent une certaine autonomie dans l'organisation, l'exécution et le financement des activités de prise en charge de la malnutrition au sein du paquet minimum d'activités et dans un contexte de mise à l'échelle effective<sup>8</sup>. Le projet a développé une approche participative basée sur l'utilisation d'outils d'autoévaluation de l'intégration conçu à partir des six piliers du renforcement du système de santé définis par l'OMS (gouvernance, financement, ressources humaines, approvisionnement, système d'information sanitaire et prestation de service).

Ce projet a été mis en œuvre dans un contexte particulier. En effet, le Burkina Faso compte 19 632 147 habitants en 2017 dont 3 383 595 enfants de moins de cinq ans (en 2015)<sup>9</sup>. L'on estime qu'en 2015, 350 000 enfants souffraient de malnutrition aiguë modérée et 149 000 autres de malnutrition aiguë sévère au Burkina Faso<sup>10</sup>. Selon le rapport de l'enquête nutritionnelle nationale (SMART) réalisée en 2016, la prévalence de la malnutrition aiguë globale était de 7,6% avec 1,4% de forme sévère. Par ailleurs, le pays est confronté depuis deux ans à des attaques terroristes récurrentes engendrant un renforcement de la surveillance des forces de l'ordre burkinabè.

La région du Sahel qui compte quatre districts sanitaires et vingt-six communes a non seulement une prévalence de la malnutrition aiguë globale supérieure à la moyenne nationale (7,9%), mais également une prévalence en malnutrition chronique (33,1%)<sup>11</sup> supérieure au seuil critique de l'OMS en 2016.

Cette évaluation qui couvre la période de mise en œuvre de la phase 9 du projet (projet ECHO 9) allant du 1<sup>er</sup> janvier 2016 au 31 mars 2017 se concentrera sur la région du Sahel. Elle vise à juger de la pertinence, de l'efficacité, de l'efficience, de l'impact, et de la pérennité de la prestation en liaison avec le résultat 3 du présent projet : «Les structures étatiques et les collectivités locales de la région du Sahel et du Sud-Ouest améliorent leur niveau d'appropriation des activités de nutrition».

---

<sup>8</sup> Définition CRB/Rapport capitalisation du projet

<sup>9</sup> Institut National de la Statistique et de la démographie du Burkina Faso, annuaire statistique, 2016

<sup>10</sup> Fiche-info Echo Union Européenne

<sup>11</sup> Enquête nutritionnelle nationale (SMART) 2016.

## II. Objectifs de l'évaluation

---

### II.1 Objectif global

L'objectif de cette évaluation est de juger de la pertinence, de l'efficacité, de l'efficience, de l'impact, et de la pérennité de la prestation en liaison avec le résultat 3 du projet susmentionné, à savoir « *Les structures étatiques et les collectivités locales de la région du Sahel et du Sud-Ouest améliorent leur niveau d'appropriation des activités de nutrition* ».

### II.2 Objectifs spécifiques

Plus spécifiquement, il s'agira de :

- (iv) Analyser le processus de planification et de mise en œuvre des activités du projet en liaison avec le résultat 3 du projet ECHO 9;
- (v) Examiner de manière systématique et objective la pertinence, l'efficacité, l'efficience, la durabilité et l'impact des activités en liaison avec le résultat 3 du projet ECHO 9 ;
- (vi) Identifier les actions ayant stimulé ou freiné l'intégration de la PCIMA dans le système de santé dans la région de Sahel.

## III. Critères d'évaluation

---

L'évaluation se concentrera sur une série de questions en lien avec les objectifs de la présente mission. Il convient de signaler que les Consultants ont jugé bien, en plus des quatre critères d'évaluation mentionnés dans les TDRs, d'ajouter un cinquième critère (la pertinence), afin d'être en conformité avec les principaux critères d'évaluation comme suggérés par le Comité d'Aide au Développement (CAD) de l'OCDE en matière d'évaluation.

Ces critères sont :

- **La pertinence** : Mesure selon laquelle les objectifs de l'action correspondent aux attentes des bénéficiaires et aux besoins du territoire. La pertinence concerne la valeur ajoutée du projet. Sa mise en œuvre est-elle motivée? La pertinence d'un projet repose principalement sur sa conception. Elle concerne la mesure dans laquelle les objectifs envisagés par le projet répondent correctement aux problèmes identifiés ou aux besoins réels des bénéficiaires.
- **L'efficacité** : L'efficacité décrit la réalisation des objectifs. C'est la comparaison entre les objectifs fixés au départ et les résultats atteints. L'intérêt est de mesurer des écarts et de pouvoir les analyser.
- **L'efficience** : L'efficience concerne l'utilisation rationnelle des moyens à disposition et vise à analyser si les objectifs ont été atteints à moindre coût (financier, humain et organisationnel). Le critère d'efficience mesure la relation entre les différentes activités, les ressources disponibles, et les résultats prévus. Il

s'agit donc de voir si des résultats similaires auraient pu être obtenus par d'autres moyens, à un coût moins élevé et dans les mêmes délais.

- **L'impact**: L'étude de l'impact mesure les retombées de l'action à moyen et long terme, c'est l'appréciation de tous les effets, du projet sur son environnement, effets aussi bien positifs que négatifs, prévus ou imprévus. L'impact mesure si les bénéfices reçus par les destinataires ciblés ont eu un effet global plus large sur un plus grand nombre de personnes dans le secteur, la région ou le pays dans son ensemble.
- **La durabilité (pérennité)**: Le cinquième critère, la durabilité (ou encore pérennité ou viabilité), vise à savoir si les effets du projet perdureront après son arrêt. C'est l'analyse des chances que les effets positifs de l'action se poursuivent lorsque l'aide extérieure aura pris fin. La viabilité, permet de déterminer si les résultats positifs du projet sont susceptibles de perdurer une fois taris les financements externes. Viabilité financière mais aussi opportunité de reproduire ou généraliser le programme à plus grande échelle

#### **IV. Méthodologie de l'évaluation**

---

##### ***IV.1. Type d'étude***

Il s'agira d'une étude transversale évaluative combinant l'approche quantitative et l'approche qualitative.

##### ***IV.2. Conduite de l'évaluation***

Dans cette évaluation, il est proposé d'utiliser la méthode mixte associant une approche qualitative et quantitative.

L'approche qualitative a l'avantage de permettre une description profonde de l'expérience vécue par les différentes parties prenantes au projet et de réaliser un examen des relations complexes entre les différentes entités impliquées dans la mise en œuvre du projet. Cette approche consistera donc en des entretiens approfondis et focus group avec les différentes parties prenantes du projet. Une observation directe de l'organisation des soins, de l'environnement de travail, du matériel et des équipements sera également réalisée.

Quant à l'approche quantitative, elle permettra, sur base des informations se trouvant dans la base de données du projet (évaluation de l'intégration), et sur base des indicateurs de mesure de l'atteinte de l'objectif spécifique du projet (proportion du budget 2017 des districts sanitaires alloué à la nutrition, couverture indirecte du programme MAS) de faire des analyses statistiques avancées afin de pouvoir faire des comparaisons entre les districts sanitaires, mais également, pour chacun des 6 piliers, savoir l'aspect qui est plus performant ou celui pour lequel il y a nécessité de fournir beaucoup d'efforts.

Les techniques de collecte de données, les cibles ainsi que les outils sont représentés dans le tableau ci-dessous :

**Tableau 3. Techniques de collecte de données selon la cible**

Techniques	Cibles	Outils
Observation directe de l'organisation des soins, de l'environnement de travail, du matériel et des équipements	2 centres de santé dans chaque district	Grille d'observation
Entretiens individuels	- DN ou son représentant, - DRS, - Membre de l'ECD - les ICP, les points focaux nutrition et les membres COGES (président, trésorier) des CSPS retenus, - les membres de l'équipe projet, - le maire ou son conseil et/ou - le haut-commissaire, - le DG ECHO, - le représentant de la CRB, - l'assistant au coordinateur santé de la CR Burkinabé en charge de la nutrition	Guide d'entretien
Focus groupes	- Bénéficiaires (FEFA) - ASBC	Guide d'entretien en FG
Revue documentaire	Rapports d'enquêtes, Base de données de l'évaluation de l'intégration Rapport d'activités, Rapport d'évaluation Rapport de supervision Rapports des rencontres du Conseils de direction de la DRS et des 4 Districts	Grille de lecture
Analyse de la base de données du projet	Tous les CSPS bénéficiaires de l'appui Tous les 4 districts sanitaires	Analyse statistique

Ainsi donc, dans le cadre de cette évaluation, nous procéderons comme suit :

- ✓ Tenir une réunion de débriefing avec l'équipe du projet à Ouagadougou. Cette réunion sera une occasion pour les Consultants de présenter la méthodologie qui sera suivie. L'équipe du projet présentera également un aperçu global du projet depuis sa conception, ses processus de planification, sa mise en œuvre et son suivi-évaluation.
- ✓ Exporter la base de données du projet dans un format facilitant de faire des analyses statistiques (SPSS ou STATA) et faire des analyses préliminaires,
- ✓ Approfondir la revue documentaire afin de comprendre davantage le contexte dans lequel la mise en œuvre du projet ECHO 9 s'est déroulée, et au cas échéant réadapter la formulation des questions qualitatives en vue d'y tirer le maximum d'informations utiles dans le cadre de la présente évaluation;

- ✓ Mener les missions de terrain (à Ouagadougou et au Sahel) en vue de réaliser des entretiens et observations nécessaires à la collecte des données qualitatives, et ce auprès des (i) informateurs clés et (ii) des bénéficiaires en conformité avec la proposition d'échantillonnage ;
- ✓ Les Consultants procéderont ensuite à l'analyse des données qui sera suivie par une présentation (powerpoint) des résultats préliminaires auprès de l'équipe du projet. Une ébauche de discussions sur les recommandations et sur le plan de leurs mises en œuvre sera déclenchée,
- ✓ Les Consultants rédigeront ensuite un rapport provisoire en suivant le canevas présenté dans les TDR et dans le contrat,
- ✓ Le rapport provisoire sera transmis en version électronique à la Croix-Rouge du Burkina Faso et à la Croix-Rouge de Belgique, au moins 2 jours ouvrables avant la tenue de la restitution qui sera réalisée à Bruxelles. Ce rapport devra contenir, en 2 pages au maximum, une synthèse des éléments essentiels du rapport d'évaluation ainsi que les principales améliorations proposées,
- ✓ Sur base de retours de la CRB et de la CRBF, un rapport final sera élaboré et soumis en 2 exemplaires papiers, ainsi qu'en version électronique. La mise en forme du rapport final tiendra compte de toutes les exigences précisées dans les TDRs et dans le contrat.

### ***IV.3. Procédures d'échantillonnage***

Eu égard à l'approche mixte évoquée plus haut, nous appliquerons la méthode d'échantillonnage à choix raisonné :

- au niveau central afin de prendre en compte l'opinion des responsables au niveau de la direction de la nutrition (directrice et collaborateurs),
- au niveau de la CR burkinabè (représentant de la CRB et l'assistant au coordinateur santé de la CRBF en charge de la nutrition, et coordinateur santé de la CRBF en charge de la nutrition + équipe projet),
- au niveau de l'Union Européenne (DG ECHO),
- Au niveau de la DRS du Sahel (DRS et point focal nutrition),
- Au niveau des quatre districts (MCD, point focal nutrition et le CISSE).

Au niveau opérationnel, deux CSPS parmi ceux ayant bénéficié de l'appui de la CRB seront tirés de façon aléatoire dans chaque district sanitaire.

Ainsi, dans chacun des CSPS retenus, nous réaliserons les interviews avec l'infirmier chef de poste, un prestataire de soins travaillant dans le service de nutrition, deux membres COGES (Président et Trésorier), le maire de la commune dont relève le CSPS, ou un conseiller municipal, le haut-commissaire, huit à douze bénéficiaires potentiels (focus groupe dans la communauté) ainsi que 8 à 12 membres des ASBC. Le tableau d'échantillonnage ci-dessous nous indique les détails du processus de collecte des données selon les deux approches.

**Tableau 4: Tableau d'échantillonnage**

Echantillon nécessaire	Données quantitatives	Données qualitatives
PNDS 2011-2020 Politique national Nutrition Plan d'action des districts sanitaires et CSPS Rapports des enquêtes Document du projet Rapport évaluation interne Rapports d'évaluation sur l'intégration Rapports narratifs du projet BDD du projet Tout autre document en rapport avec le projet	Revue des documents  Synthèse des principales données	Revue et synthèse des conclusions de ces différents documents / Analyses statistiques en lien avec les 6 piliers de l'intégration de la prise en charge de la nutrition dans le système de santé
- Représentant du bailleur de fonds (DG ECHO) - Représentant de la CRB - Assistant au coordinateur santé de la CRBF en charge de la nutrition - Coordinateur santé de la CRBF en charge de la nutrition	Collecte de documents/données complémentaires au niveau central	Entretiens approfondis autour de la planification, de la coordination, de la mise en œuvre et du suivi évaluation de la phase 9 avec accent particulier sur le résultat 3 relatif à l'intégration de la PCIMA dans le système de santé burkinabè
Equipe de coordination du projet ; chef de projet, le Chargé d'intégration Responsable suivi évaluation, Promoteurs santé		
Directrice de la Nutrition	Collecte de documents/données complémentaires au niveau central	Entretiens approfondis autour des différentes stratégies du gouvernement en matière de la nutrition, des différents partenaires dans ce domaine, de la coordination des interventions, de l'analyse de la situation de l'intégration en général et dans la région du SAHEL en particulier ainsi que des perspectives d'avenir.
- DRS Sahel -Point focal nutrition au niveau régional - Chef SLM - MCD - Point focal nutrition, Responsable CISSE	Collecte de documents/données complémentaires au niveau décentralisé	Entretiens approfondis autour de la planification, de la coordination, de la mise en œuvre et du suivi évaluation des actions mises en œuvre dans le cadre de l'intégration de la PCIMA dans le système de santé burkinabè
-2 ICP dans chaque district - 2 Prestataires de soins (Services Nutrition dans chaque district)		Entretiens approfondis à propos de la mise en œuvre et du suivi évaluation des actions mises en œuvre dans le cadre de l'intégration de la PCIMA dans le système de santé burkinabè et de leur niveau de satisfaction

2 Groupes de discussions des FEFA par district 2 Focus group ASBC par district	Mini-sondage au cours de ces groupes de discussion visant à dégager « d'éventuelles tendances » pour certaines réponses précises	Discussion ouverte avec des groupes (de 8 à 12 participant(e)s) à propos de leurs perceptions sur la prise en charge de la malnutrition
les autorités municipales (Maires, conseillers municipaux, le haut-commissaire)	Mini-sondage au cours de ces entretiens visant à dégager « d'éventuelles tendances » pour certaines réponses précises	Entretien sur le processus de planification et de mise en œuvre, la pertinence et la durabilité des actions relatives à l'intégration de la PCIMA dans le système de santé
Comité de gestion des CSPS (Président et trésorier)	Mini-sondage au cours de ces entretiens visant à dégager « d'éventuelles tendances » pour certaines réponses précises	Entretien sur le processus de planification et de mise en œuvre, la pertinence et la durabilité des actions relatives à l'intégration de la PCIMA dans le système de santé
Observation de la prise en charge de la malnutrition dans deux CSPS par district		<b>Observation directe</b> de l'organisation des soins, de l'environnement de travail, du matériel et des équipements

#### IV.4. Méthodes d'analyse des données

L'analyse des données utilisera une matrice d'évaluation permettant de classer les différents critères d'évaluation et de relier les questions proposées avec les résultats obtenus par l'évaluation (Tableau3).

Tableau 5. Matrice d'évaluation

Critères d'évaluation	Questions clés	Sources de données	Méthodes/Outils de collecte de données
Pertinence	Dans quelle mesure les activités mises en œuvre dans le cadre du résultat sur l'intégration répondent aux objectifs du projet Echo9?	Document du projet Rapport évaluation interne Evaluation externe	Analyse documentaire Entretien avec les responsables du projet (CRB et CRBF)
	Dans quelle mesure les activités mises en œuvre dans le cadre du résultat sur l'intégration projet répondent aux besoins réels du système de santé burkinabé?	PNDS 2011-2020 Politique national Nutrition Document du projet Rapport évaluation interne Evaluation externe	Analyse documentaire Entretien avec Dir Nutrition, DRS, MCD et ICP
	Dans quelle mesure les activités mises en œuvre dans le cadre du résultat sur l'intégration projet répondent aux problèmes identifiés par le système de santé burkinabé?	PNDS 2011-2020 Politique national Nutrition Document du projet Rapport évaluation interne Evaluation externe	Analyse documentaire Entretien avec Dir Nutrition, DRS, MCD et ICP Entretien avec les responsables du projet (CRB et CRBF)
Processus de mise en œuvre	A quel point la mise en œuvre des activités a-t-elle été réalisée conformément aux prévisions?	Document du projet Rapport évaluation interne Evaluation externe	Analyse documentaire Entretien avec le chef du projet Assistant santé coordo chargé de la nutrition Entretien avec DRS, ECD, ICP Questionnaire agents de santé des CSPS

	Comment le temps, l'argent et le personnel de mise en œuvre sont-ils gérés (substitution au système existant, utilisation d'un système parallèle ou intégration des ressources)?	Rapport évaluation interne Evaluation externe	Analyse documentaire Entretien avec DRS, ECD, ICP Entretien avec l'équipe de coordination du projet
	Les activités du projet étaient-elles prises en compte dans les plans d'action de la DRS, des districts, CSPS et dans les plans de développement des communes	Plans d'action de la DRS, des districts et CSPS Plan de développement communal des communes Evaluation externe	Analyse documentaire Entretien avec, DRS, MCD, ICP Entretien avec les maires
	Quelle est la part contributive de la partie étatique (RH, financières, équipement ou autres)?	Rapport évaluation interne Evaluation externe	Analyse documentaire Entretien avec, DRS, MCD, ICP,
	Dans quelle mesure les acteurs de mise en œuvre sont-ils satisfaits du processus de gestion interne	Evaluation externe	Entretien avec le chef du projet Entretien avec DRS, MCD, ICP Assistant coordonnateur chargé de la nutrition
Efficacité	Dans quelle mesure les activités mises en œuvre ont contribué à l'atteinte du résultat sur l'intégration ?	Document du projet Analyse des données quantitatives Evaluation interne Evaluation externe	Analyse documentaire Entretien avec le chef du projet Assistant coordonnateur chargé de la nutrition Entretien avec Dir Nutrition Entretien avec DRS, ECD, ICP Focus group bénéficiaires (FEFA) Focus group ASBC Grille d'observation des CSPS Analyses statistiques
	A part les actions du projet phase 9, y aurait-il d'autres qui ont contribué à l'atteinte du résultat sur l'intégration et comment?	Document du projet Rapport des évaluations externes des phases précédentes Evaluation interne Evaluation externe	Analyse documentaire Entretien avec le chef du projet Entretien Dir Nutrition Entretien avec DRS, ECD, ICP Focus group bénéficiaires (FEFA) Focus group ASBC Grille d'observation des CSPS
	Les zones de santé bénéficiant des appuis de la CRB présenteraient-elles de meilleurs résultats sur l'intégration que les non bénéficiaires?	Document du projet Rapport évaluation de l'intégration Evaluation externe	Analyse documentaire Entretien avec les autorités admvtes (Maires, conseillers municipaux) Focus group bénéficiaires (FEFA) Entretien avec les COGE CSPS Focus group ASBC Entretien avec Dir Nutrition Entretien avec DRS, ECD
	Où faudrait-il concentrer les efforts pour obtenir une amélioration durable de la qualité de la PCMA?	Document du projet Rapport d'évaluation de l'intégration Analyse des données quantitatives	Analyse documentaire Analyses statistiques
	Quels sont les éléments qui ont été un frein ou un levier dans l'atteinte à l'intégration de la PCMA?	Document du projet Rapport évaluation de l'intégration Evaluation interne Evaluation externe	Analyse documentaire Entretien avec les autorités admvtes (Maires, conseillers municipaux) Focus group bénéficiaires (FEFA) Focus group ASBC Entretien avec les COGE CSPS Entretien avec Dir Nutrition Entretien avec DRS, ECD, ICP
Efficiéce	Les ressources (humaines, financières, autres) allouées au résultat sur l'intégration étaient-elles optimales?	Document du projet Evaluation interne Evaluation externe	Analyse documentaire Entretien avec l'équipe de coordination du projet Entretien avec DRS, ECD, ICP

	Quels sont les avantages apportés par les activités mises en œuvre eu égard de ses coûts?	Document du projet Evaluation interne Evaluation externe	Analyse documentaire
	Existe-t-il une synergie ou une complémentarité du financement du projet avec ceux des autres partenaires intervenant dans les mêmes zones ?	Document du projet Evaluation interne Evaluation externe Plans d'action	Analyse documentaire Entretien avec l'équipe de coordination du projet Entretien avec DRS, ECD, ICP
	D'autres actions auraient elles permis d'atteindre le même résultat à un coût moins élevé et dans les mêmes délais?	Document du projet Evaluation externe	Analyse documentaire Entretien avec les COGE CSPS Entretien avec Dir Nutrition Entretien avec DRS, ECD, ICP
Impact	Quels sont les effets durables positifs ou négatifs, directs ou indirects, souhaités ou imprévus induits par les appuis de la CRB auprès des structures étatiques ou collectivités locales?	Document du projet Evaluation externe	Analyse documentaire Entretien avec les autorités admves (Maires, conseillers municipaux) Entretien avec les COGE CSPS Entretien avec Dir Nutrition Entretien avec DRS, ECD, ICP
	Quelles sont les actions qui auraient contribué à l'atteinte de ces effets durables indirects ou imprévus?	Document du projet Evaluation externe	Analyse documentaire Entretien avec les autorités admves (Maires, conseillers municipaux) Entretien avec les COGE CSPS Entretien avec Dir Nutrition Entretien avec DRS, ECD, ICP
Pérennité/ viabilité	Dans quelle mesure les acquis de l'intégration pourront perdurer à l'issue de l'appui de la CRB?	Document du projet Evaluation externe	Analyse documentaire Entretien avec les autorités admves (Maires, conseillers municipaux) Entretien avec les COGE CSPS Entretien avec Dir Nutrition Entretien avec DRS, ECD, ICP
	Les autorités locales aux différents niveaux de déconcentration considèrent-ils la prise en charge de la malnutrition comme une activité à part entière?	Document du projet Evaluation externe	Analyse documentaire Entretien avec les autorités admves (Maires, conseillers municipaux) Entretien avec les COGE CSPS Entretien avec Dir Nutrition Entretien avec DRS, ECD, ICP
	Existe-t-il une perspective de passage à l'échelle du projet ?	Evaluation externe	Entretien avec Dir Nutrition Entretien avec DRS, ECD, ICP
	Quels sont les principaux éléments pouvant influencer positivement ou négativement la durabilité des acquis des résultats sur l'intégration?	Document du projet Evaluation externe	Analyse documentaire Entretien avec les autorités admves (Maires, conseillers municipaux) Entretien avec les COGE CSPS Entretien avec Dir Nutrition Entretien avec DRS, ECD, ICP

Les informations, obtenues grâce aux différentes techniques et outils de collecte de données seront consolidées et analysées.

Ainsi, les aspects quantitatifs portant sur les indicateurs de résultat (score à l'évaluation de l'intégration de la PCIMA, % de CSPS bénéficiaires de financements des communes pour au moins 3 activités opérationnelles de nutrition) et de processus (prise en compte de la nutrition dans le paquet minimum d'activités (PMA) des CSPS et de l'ECD, la PEC de qualité y compris le paquet minimum wash au CSPS, implication du réseau communautaire, intégration des données communautaires dans le système d'information sanitaire, l'approvisionnement en intrants par le système de santé et financement durable des activités de nutrition.) seront traités avec des outils statistiques et des logiciels d'analyse de données adéquats (SPSS, STATA) pour tirer des conclusions pertinentes.

La base de données de l'évaluation de l'intégration sera également exploitée et des comparaisons en fonction des performances observées pour chacune des six piliers seront effectuées entre les quatre districts sanitaires.

De même, les informations obtenues par les outils qualitatifs seront consolidés et leurs résultats incorporés à la matrice d'évaluation. De cette façon il sera possible de trianguler les conclusions obtenues par divers outils d'évaluation et assurer l'évidence nécessaire aux résultats analysés et présentés.

Par ailleurs une grille de synthèse permettant de faire une analyse transversale des informations recueillies lors des entretiens et focus groups sera élaborée en vue de répondre aux questions d'évaluation retenues pour les critères de jugement contenus dans la matrice d'évaluation. Ces informations seront classées par niveau d'exécution, par groupe cible pour une lecture globale et comparative des réponses obtenues lors de la collecte actives des données.

Concernant l'analyse documentaire, une grille de lecture sera élaborée afin de pouvoir bien identifier quel document aura été consulté et pour quel type d'information.

Les conclusions et recommandations seront toujours basées sur des sources fiables, vérifiables et triangulées. De cette façon, les questions d'évaluation cibleront en particulier les résultats obtenus, en assurent la base d'évidence à travers les différentes sources et par la solidité des techniques utilisées.

## **V. Assurance qualité**

---

L'équipe d'évaluateurs développera un système de contrôle de qualité pour s'assurer de la fiabilité des conclusions qui ressortiront de cette évaluation. Les sources des données, la base d'évidence, la chaîne logique des conclusions et recommandations seront soigneusement vérifiées par des systèmes de contrôle systématiques et objectifs tenant compte des critères et questions d'évaluation retenues mentionnées dans la matrice d'évaluation.

En particulier, les techniques qualitatives exigent une méthodologie solide pour assurer la validité des résultats. L'observation participative et non-participative, les entretiens individuels ainsi que les groupes de discussion auront des guides standards et des mécanismes de consolidation des éléments collectés pour assurer la fiabilité des résultats qu'ils produisent.

Les enquêteurs seront formés en une journée en salle de classe sur les objectifs de la présente évaluation mais aussi sur la façon dont ils vont procéder pour faire la collecte de données.

Pour permettre une supervision rapprochée de la collecte des données, l'opération de collecte de données sur le terrain se fera à la fois dans un seul district avant de passer au district suivant. Les consultants veilleront par ailleurs au respect de la procédure de collecte des informations lors d'une réunion d'évaluation qui sera effectuée avec les enquêteurs à la fin de chaque journée.

L'analyse des données utilisera une matrice d'évaluation permettant de classer les différents critères d'évaluation et de relier les questions proposées avec les résultats obtenus par l'évaluation.

Après l'analyse des données, les résultats préliminaires seront soumis à l'appréciation du comité de pilotage.

De même, la présente note méthodologique et les instruments de collecte de données seront soumis à l'appréciation et à la validation du comité de pilotage de l'évaluation avant leur utilisation.

## VI. Considérations éthiques et confidentialité

---

L'équipe de consultants s'engage à respecter et garantir, en toutes circonstances, les aspects d'éthique et de confidentialité suivant les standards internationaux. Dans ce sens, toutes les personnes contactées seront informées de la présente évaluation et de sa finalité, et une autorisation préalable sera requise oralement pour assurer la participation volontaire. Les visites vont suivre un protocole spécifique pour assurer que les populations et le personnel présents soient informés de la nature de cette évaluation, et le volontariat de la participation sera toujours respecté. De la même façon, la dimension culturelle locale sera prise en compte et respectée.

En toutes circonstances, la confidentialité des informations fournies par différentes sources, autre que les sources d'accessibilité générale et publique, sera assurée. Les entretiens et les participants aux discussions seront attribués avec un code, et la référence à l'identité de l'auteur de renseignements ou opinions deviendra impossible.

Les évaluateurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt avec la présente évaluation ou avec les institutions et personnes concernées.

## VII. Produits attendus

---

Les produits attendus par notre client sont :

- ✓ La présente note méthodologique (version électronique),
- ✓ La présentation des résultats préliminaires (power point)
- ✓ Le rapport provisoire (version électronique, power point et MS. Word),
- ✓ Le rapport final (version électronique et deux exemplaires en copie dure).

## VIII. Programme de collecte des données

---

Sur la base de l'échantillon présenté ci-dessus, nous proposons le programme opérationnel de collecte ci-dessous.

**Tableau 6 : Programme de collecte de données**

Localités	Structures	Personnes à rencontrer	Date
Ouagadougou	CR Burkina Faso	- le représentant de la CRB, - le représentant CRBF - l'assistant au coordinateur santé en charge de la nutrition - Membres de l'équipe projet	Jeudi 25 mai 2017
	Direction nutrition	Directrice de la nutrition ou son représentant	
	Union Européenne	le DG ECHO	Vendredi 26 mai 2017
	Analyse de la BDD du projet Reprographie des outils de collecte de données		
Province du Séno	DRS Sahel	- Directeur régional de la santé - Point focal nutrition	Lundi 29 mai 2017
	District sanitaire de Dori	- MCD - Point focal nutrition ou médecin chargé de la qualité des soins - Le maire ou l'un des conseillers	
	CSPS de .....	- Infirmier chef de poste - 1 prestataire de soins - président COGES - Trésorier - 8 à 12 bénéficiaires dans la communauté	

		- 8 à 12 membres des ASBC - Observation	
	CSPS de .....	- Infirmier chef de poste - 1 prestataire de soins - président COGES - Trésorier - 8 à 12 bénéficiaires dans la communauté - 8 à 12 membres des ASBC - Observation	Mardi 30 mai 2017
Province du Soum	District sanitaire de Djibo	- MCD - Point focal nutrition ou médecin chargé de la qualité des soins	
	CSPS de .....	- Infirmier chef de poste - 1 prestataire de soins - président COGES - Trésorier - 8 à 12 bénéficiaires dans la communauté - 8 à 12 membres des ASBC - Observation	Mercredi 31 mai 2017
	CSPS de .....	- Infirmier chef de poste - 1 prestataire de soins - président COGES - Trésorier - 8 à 12 bénéficiaires dans la communauté - 8 à 12 membres des ASBC - Observation	
Province de l'Oudalan	District sanitaire de Gorom-Gorom	- MCD - Point focal nutrition ou médecin chargé de la qualité des soins	Jeudi 1 <sup>er</sup> juin 2017
	CSPS de .....	- Infirmier chef de poste - 1 prestataire de soins - président COGES - Trésorier - 8 à 12 bénéficiaires dans la communauté - 8 à 12 membres des ASBC - Observation	
	CSPS de .....	- Infirmier chef de poste - 1 prestataire de soins - président COGES - Trésorier - 8 à 12 bénéficiaires dans la communauté - 8 à 12 membres des ASBC - Observation	Vendredi 2 juin 2017
Province du Yagha	District sanitaire de Sebba	- MCD - Point focal nutrition ou médecin chargé de la qualité des soins	
	CSPS de .....	- Infirmier chef de poste - 1 prestataire de soins - président COGES - Trésorier - 8 à 12 bénéficiaires dans la communauté - 8 à 12 membres des ASBC - Observation	Samedi 3 juin 2017
	CSPS de .....	- Infirmier chef de poste - 1 prestataire de soins - président COGES - Trésorier - 8 à 12 bénéficiaires dans la communauté - 8 à 12 membres des ASBC - Observation	

## **IX. Limite de l'étude et observations**

---

Eu égard aux termes de références et à notre offre, les consultants ont relevé des limites et observations qui devront être prises en compte pour une meilleure efficacité de ce travail d'évaluation et pour une analyse plus objective de ses résultats.

### **- Par rapport au cadre temporel :**

La période faisant objet de l'évaluation est de 15 mois (Janvier 2016 à mars 2017). Cette période relativement courte d'implémentation du projet pourrait constituer une limite dans l'analyse de l'impact du projet. De même, vu que ce projet s'inscrit dans le cadre d'un programme de lutte contre la malnutrition initié en 2007, il n'est pas exclu que des effets observés puissent être occasionnés par les actions des phases précédentes. L'équipe des consultants prendra en compte ces aspects en se basant sur la triangulation des sources d'information fiables, vérifiables et diversifiées.

### **- Par rapport à la logistique :**

Les distances et l'état des routes peuvent présenter des difficultés pour les visites de terrain prévues dans le cadre de cette évaluation. L'équipe prendra en compte ces difficultés et prendra les mesures nécessaires pour les surmonter. Si, pour des raisons logistiques, des changements venaient à être réalisés dans la planification, le comité de pilotage sera informé et une alternative, qui devra être mutuellement acceptée, sera proposée.

Les consultants voudraient également attirer l'attention du comité de pilotage sur la nécessité d'informer le plus rapidement possible les autorités sanitaires et administratives concernées par la mission d'évaluation. De même, ils sollicitent la prise de rendez-vous avec ces personnes afin de faciliter les entretiens.

### **- Par rapport à la sécurité :**

Selon la cartographie des zones à risque du Burkina Faso, une partie de la région du Sahel est située dans la zone rouge. Pour réaliser leur mission, les consultants se conformeront aux consignes de sécurité des autorités locales ainsi qu'à celles de la CRB.

## **X. Equipe d'évaluation, responsabilités et plan de travail**

---

### **X.1. Equipe d'évaluation**

La mission d'évaluation sera assurée par une équipe constituée de :

#### **i. Deux consultants**

- ✓ Un consultant international (chef de mission) : Monsieur Richard MANIRAMBONA, Ingénieur statisticien, spécialiste en santé publique.
- ✓ Un consultant national (consultant associé) : Monsieur Souleymane Kabore, médecin de santé publique, membre du pool des experts en évaluation dans l'humanitaire et le développement de l'UNICEF.

#### **ii. Quatre enquêteurs terrains :**

Les enquêteurs qui seront retenus devront avoir un profil suivant :

- ✓ Attaché de Santé en soins infirmiers et obstétricaux, en épidémiologie ou équivalent,
- ✓ Minimum de trois (03) années d'expérience dans le domaine de la malnutrition,
- ✓ Avoir une très bonne connaissance du système de santé burkinabè,
- ✓ Avoir une bonne connaissance en matière de conduite des entretiens
- ✓ Maitrise de l'utilisation de l'outil informatique serait un atout.

iii. **Un comité de pilotage mixte Croix Rouge Belgique et Croix Rouge Burkina Faso**

## ***X.2. Rôles et responsabilités de l'équipe d'évaluation***

Le tableau ci-dessous montre la répartition des tâches de l'équipe de l'évaluation du projet.

**Tableau 7 : Répartition des tâches de l'équipe de l'évaluation du projet.**

<b>Composition de l'équipe d'évaluation</b>	<b>Tâches</b>
<b>Consultant international</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coordonner la mission d'évaluation</li> <li>- Rédiger la note méthodologique d'évaluation et les outils de collecte de données</li> <li>- Présenter la méthodologie de l'évaluation au comité de pilotage de l'évaluation</li> <li>- Effectuer la revue documentaire</li> <li>- Analyser les données quantitatives</li> <li>- Former les enquêteurs</li> <li>- Coordonner et participer à la collecte, l'analyse des données</li> <li>- Présenter les résultats au comité de pilotage</li> <li>- Assurer la qualité des extraits et l'application de la méthodologie</li> <li>- Elaborer le rapport préliminaire, provisoire et final</li> </ul>
<b>Consultant national</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participer à la rédaction de la note méthodologique d'évaluation et les outils de collecte de données</li> <li>- Participer à la revue de la littérature</li> <li>- Recruter les enquêteurs</li> <li>- Former les enquêteurs</li> <li>- Participer à la collecte, l'analyse des données</li> <li>- Superviser la collecte des données</li> <li>- Participer à la rédaction des rapports</li> </ul>
<b>Comité de pilotage</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Faciliter les contacts</li> <li>-Valider la note méthodologique d'évaluation</li> <li>-Valider les rapports</li> <li>-Suivre le processus de l'évaluation</li> </ul>
<b>Equipe d'enquêteurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Remplir la grille d'observation au CSPS</li> <li>-Participer aux entretiens individuels et aux focus groups</li> </ul>

De façon concrète, l'opération de collecte de données se déroulera comme suit :

- ✓ **A Ouagadougou** : Seuls les consultants procéderont à la collecte de données pendant 2 jours
- ✓ **Au Sahel** : Le travail de collecte de données prendra 6 jours, à raison d'un jour et demi par district. L'organisation pratique de l'affectation des enquêteurs et consultants tiendra compte de la distance entre les CSPS tirés mais aussi de la disponibilité des répondants.

Signalons que le premier jour de collecte de données débutera par l'Entretien avec le DRS.

Pour plus d'efficacité, les informations récoltées seront saisies chaque jour et les consultants en feront une analyse sommaire afin de juger de leur complétude et de leur fiabilité.

### X.3. Calendrier de l'évaluation

Tâches	10-mai	11-mai	12-mai	13-mai	14-mai	15-mai	16-mai	17-mai	18-mai	19-mai	20-mai	21-mai	22-mai	23-mai	24-mai	25-mai	26-mai	27-mai	28-mai	29-mai	30-mai	31-mai	1-juin	2-juin	3-juin	4-juin	5-juin	6-juin	7-juin	8-juin	9-juin	10-juin	11-juin	12-juin	19-juin	20-juin	21-juin	
Réunion de cadrage (Bruxelles)																																						
Recrutement des enquêteurs																																						
Demandes des autorisations nécessaires auprès des autorités habiletés																																						
Revue documentaire																																						
Elaboration de la note méthodologique et des outils de collecte des données + Sa transmission en version électronique																																						
Examen de la note méthodologique par le COPIL																																						
Intégration des observations du COPIL dans note méthodologique																																						
Préparation du masque de saisie et autres matériels de collecte																																						
Réunion de débriefings auprès des responsables du Projet à Ouagadougou																																						
Approfondir la revue documentaire et analyse préliminaire de la BDD projet																																						

Tâches	10-mai	11-mai	12-mai	13-mai	14-mai	15-mai	16-mai	17-mai	18-mai	19-mai	20-mai	21-mai	22-mai	23-mai	24-mai	25-mai	26-mai	27-mai	28-mai	29-mai	30-mai	31-mai	1-juin	2-juin	3-juin	4-juin	5-juin	6-juin	7-juin	8-juin	9-juin	10-juin	11-juin	12-juin	19-juin	20-juin	21-juin			
Collecte des données à Ouagadougou																																								
Analyse de la BDD du projet+ reprographie des outils de collecte de données																																								
Formation des enquêteurs																																								
Collecte des données dans les 4 provinces du Sahel																																								
Analyse des données quantitatives et qualitatives																																								
Présentation des résultats préliminaires aux représentants de la CRB et CRBF à Ouagadougou																																								
Rédaction et transmission du rapport provisoire																																								
Restitution des principales conclusions et recommandations à Bruxelles																																								
Rédaction et transmission du rapport final																																								

### Annexe.3. Liste des personnes interviewées

Date	Nom et prénom	Organisation	Fonction
24/05/2017	Michel Savel	CRB	Représentant Pays de la CRB
	Ouedraogo Paryam	CRBF	Responsable de suivi évaluation
	Koudbi-Denis Zongo	CRBF	Assistant Coordonnateur Santé Chargé de la Nutrition
26/05/2017	Wim FRANSEN	DG ECHO	Chef de Bureau DG ECHO- Burkina Faso
	Estella BAMBARA	Direction Nutrition/Minisanté	Chef de service Surveillance et prise en charge nutritionnelle
	Dr YAMEOGO N. MAXIME	CRBF	Coordonnateur santé
29/05/2017	DR Sidwaya Hamed Ouedraogo	DRS Sahel	Directeur Régional de la santé du Sahel
	Dr Tagnan Oumarou	DS DJIBO	Médecin Chef de District a.i.
	MAÏGA AHMADOU	DS DJIBO	Point focal Nutrition
	Boubakar Cissé	Mairie Djibo	2 <sup>ème</sup> adjoint au Maire
	Dr Ilboudou Souleymane	CRBF	Chef de Projet
	Mme Sanogo Fadima	CRBF	Formatrice communautaire
	Focus group FEFA (12 FEMMES)	CSPS BOMBOFA	
	Focus group ASBC	CSPS BOMBOFA	
	Focus group FEFA (12 FEMMES)	CSPS WENDOU	
	Focus group ASBC	CSPS WENDOU	
	Ouedraogo Estelle	CSPS BOMBOFA	ICP Adjoint BOMBOFA
	Diallo Hamamoussa	CSPS BOMBOFA	Président COGES BOMBOFA
	Daouda Boureima	CSPS BOMBOFA	Trésorier COGES BOMBOFA
	Major CSPS	CSPS WENDOU	ICP WENDOU
	Diallo MOUSSA	CSPS WENDOU	Président COGES WENDOU
Tresorier COGES	CSPS WENDOU	Trésorier COGES WENDOU	
30/052017	Dr Kpoda Karl Anicet M	DS GOROM GOROM	MCD GOROM GOROM
	MaïGA Yacouba Abdoulaye	Mairie GOROM GOROM	1 <sup>er</sup> adjoint au Maire GOROM GOROM
	Izidag Tazoudine	Mairie GOROM GOROM	2 <sup>ème</sup> adjoint au Maire GOROM GOROM
	Coulibaly Zien Théphie	CSPS TASMATT	ICP Tasmakatt
	Aliad Ag idrahi	CSPS TASMATT	Président COGES Tasmakatt
	Haidara Harouna Mahamale	CSPS TASMATT	Trésorier COGES Tasmakatt
	Tao Rasmate	CSPS TASMATT	Point focal Nutrition Tasmakatt
	Focus group FEFA (12 FEMMES)	CSPS TASMATT	
	Focus group ASBC	CSPS TASMATT	
	Bourgou Constant	CSPS GOROM URBAIN	ICP Gorom urbain
	Cissé Hassan Madouga	CSPS GOROM URBAIN	Président COGES Gorom urbain
	Abdoulaye Amadoum	CSPS GOROM URBAIN	Trésorier COGES Gorom urbain
	Zango Rakiata	CSPS GOROM URBAIN	Point focal Nutrition Gorom urbain

	Sylla Aïssato	CRENI GOROM URBAIN	Responsable PCI CMA Gorom Gorom
	Focus group FEFA (12 FEMMES)	CSPS GOROM URBAIN	
	Focus group ASBC	CSPS GOROM URBAIN	
31/052 017	Dr Compaoré K Mathieu	DS SEBBA	MCD SEBBA
	KARAMA Bamassé	DS SEBBA	Point focal Nutrition
	MADIB BOUBACAR	Mairie SEBBA	Mairie de la Commune SEBBA
	BOUBACAR AMADOU	CSPS SEBBA URBAIN	Président COGES SEBBA urbain
	Mme Ouedraogo SERE NAFIATON	CSPS SEBBA URBAIN	ICP SEBBA URBAIN
	FADIMA Souleymane	CSPS SEBBA URBAIN	Trésorière
	Mr ADOUROU	CAPN JOGORO	Membre du CVN du CAPN JOGORO
	Zigani ISSIFOU	CSPS SEBBA URBAIN	Point focal nutrition
	Focus group ASBC	CSPS SAMPELGA	
	Zongo Eric	CSPS SAMPELGA	Adjoint Major ICP
	Dicko Rabiata Amidou	CAPN Bellaré	Membre du CVN CAPN Bellaré
1/06/2 017	Dr OUEDRAOGO Wend-Woaga Viviane	DS DJIBO	MCD a.i. DS DJIBO
	TIABONDOU Larba	DS DJIBO	Membre de l'ECD DS DJIBO
	DICKO ISSA IDRISSE	Mairie de DJIBO	1er Adjoint au Maire de DJIBO
	Focus group avec 8 Maires	Province de SOUM	
	GANSORE FAYSAI	CSPS TONGOMAYEL	ICP Adjoint
	Boiré Fatimata	CSPS TONGOMAYEL	Point focal Nutrition
	TAMBOURA OUSSEINI	CSPS TONGOMAYEL	Président COGES
	TAMBOURA Moussa	CSPS TONGOMAYEL	Trésorier COGES
	Focus group FEFA (12 FEMMES)	CSPS TONGOMAYEL	
	Focus group ASBC	CSPS TONGOMAYEL	
	KAFANDO MAHAMADI	CSPS SE	ICP
	ZONGO Zacharia	CSPS SE	Président COGES
	ZONGO Sayouba	CSPS SE	Trésorier COGES
	Ouedraogo Julienne	CSPS SE	Point focal Nutrition
	Focus group FEFA (12 FEMMES)	CSPS SE	
	Focus group ASBC	CSPS SE	

#### Annexe.4. Liste des documents consultés

1. CRB, CRBF : *Rapport de capitalisation du monitoring de l'intégration de la prise en charge de la malnutrition aigüe globale dans le système de santé de la région sanitaire du sahel au Burkina Faso*, Ouagadougou, Février 2015
2. *Croix Rouge de Belgique. Grille d'évaluation du niveau d'intégration de la PCMA à l'échelle du District sanitaire*
3. *Croix Rouge de Belgique. Grille d'évaluation du niveau d'intégration de la PCMA à l'échelle du CSPS*
4. *Croix Rouge de Belgique. Rapport intermédiaire du projet*
5. *Croix Rouge de Belgique. RAPPORT NARRATIF ECHO 9 \_ 1<sup>er</sup> TRIMESTRE 2016*
6. *Croix Rouge de Belgique. RAPPORT NARRATIF ECHO 9 \_ 2<sup>ème</sup> TRIMESTRE 2016*
7. *Croix Rouge de Belgique. RAPPORT NARRATIF ECHO 9 \_ 3<sup>ème</sup> TRIMESTRE 2016*
8. *Croix Rouge de Belgique. Rapport synthèse de l'évaluation de l'intégration de la PCIMA dans les paquets d'activités des CSPS et des ECD, Mars 2017*
9. *DRS SAHEL. Plan d'action 2017 de la Direction Régionale de la santé du Sahel, Janvier 2017*
10. *DS DJIBO. Plan d'action 2017 du District sanitaire de DJIBO, Janvier 2017*
11. *DS DORI. Plan d'action 2017 du District sanitaire de DORI, Janvier 2017*
12. *DS Gorom-Gorom. Plan d'action 2017 du District sanitaire de Gorom-Gorom, Décembre 2016*
13. *DS SEBBA. Plan d'action 2017 du District sanitaire de SEBBA, Janvier 2017*
14. *ECHO. Fiche-info Echo Union Européenne, Burkina Faso, Octobre 2015*
15. *Institut National de la Statistique et de la démographie du Burkina Faso, annuaire statistique, Ouagadougou, 2016*
16. *Le Réseau du CAD sur l'évaluation en matière de développement. Évaluer la coopération pour le développement ; Récapitulatif des normes et standards de référence*
17. *Ministère de la Santé. Enquête nutritionnelle nationale (SMART) 2016. Ouagadougou, Décembre 2016*
- 18.
19. *Ministère de la Santé. Enquête nutritionnelle nationale (SMART) 2016. Ouagadougou, Décembre 2016*
20. *Ministère de la santé. Plan d'action 2017 de la Direction de la Nutrition*
21. *Ministère de la santé. Plan national de développement sanitaire 2011-2020*
22. *Ministère de la santé. Plan stratégique multisectoriel de nutrition du Burkina Faso 2016-2020*
23. *Ministère de la santé. Politique nationale de nutrition, Ouagadougou, Février 2016*
24. *Ministère de la santé. Protocole national de la prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë (PCIMA), Ouagadougou-Burkina Faso, 2014*

#### Annexe 5. Liste des enquêteurs

N°	Nom et Prénoms
01	CONGO Pierre
02	OUANDO Issaka
03	OWONA Félicité Yolande
04	TENQUERI SEGUE Pierre