

RAPPORT D’EVALUATION FINALE EXTERNE DU PROJET DE PREVENTION ET DE PRISE EN CHARGE NON MEDICALE DE LA MALNUTRITION MATERNELLE ET INFANTILE « MAMAN LUMIERE »

(FINANCEMENT AFD CNE 1143 01)

16/01/2012 - 15/01/2015

**Type d’évaluation**: Finale

**Version du rapport** : Finale

**Date de production**: Mars 2015

**Client de l’évaluation** : CARE Niger

**Auteur** : Yaya ASSANE, consultant au Cabinet CROP

Elaboré par : Mars 2015



# Mots de remerciement

L’équipe du consultant tient à remercier tout le staff de Care Niger et ses deux partenaires d’exécution (ONG AFUA et l’ONG FORSANI respectivement à Zinder et Maradi) pour la confiance placé au cabinet CROP et pour leur disponibilité et ouverture durant tout le processus. Nous mentionnerons surtout le Coordonnateur, le chef du projet, le responsable suivi/évaluation, les financiers, les responsables des deux ONG et l’équipe terrain du projet.

Nos remerciements s’adressent également aux membres des communautés, aux autorités et responsables des services techniques de l’Etat, qui nous ont accordé une partie de leur temps combien précieux lors de nos entretiens.

Nous gardons encore en mémoire la disponibilité et la franchise dont ont fait montre tous ces acteurs cités plus haut au passage de la mission d’évaluation.

Qu’ils reçoivent ici tous, nos salutations les meilleures.

Table des matières

[Mots de remerciement 2](#_Toc425942494)

[Sigles et abréviations 4](#_Toc425942495)

[Listes des tableaux 6](#_Toc425942496)

[Listes des graphiques 6](#_Toc425942497)

[Fiche signalétique du projet 7](#_Toc425942498)

[Résumé des principaux résultats de l’évaluation 8](#_Toc425942499)

[I-Contexte de l’évaluation 10](#_Toc425942500)

[II-Méthodologie et déroulement du processus 11](#_Toc425942501)

[2.1 Approche méthodologique 11](#_Toc425942502)

[2.2 Le rayonnement de l’évaluation 11](#_Toc425942503)

[*2.2.1 Couverture spatiale de la zone d’enquête* 11](#_Toc425942504)

[*2.2.2 Les types et la taille des acteurs communautaires enquêtés* 12](#_Toc425942505)

[2.3Le chronogramme de la mission 12](#_Toc425942506)

[2.4 Le profil des principaux acteurs communautaires enquêtés 13](#_Toc425942507)

[*2.4 1 Le profil des mamans lumière enquêtées* 13](#_Toc425942508)

[*2.4.2 Le profil des femmes enceintes enquêtées* 14](#_Toc425942509)

[*2.4.3 Le profil des femmes allaitantes (FA) enquêtées* 15](#_Toc425942510)

[*2.4.4 Le profil des mères avec enfants malnutris ou non (MEM/N) enquêtées* 15](#_Toc425942511)

[*2.4.5 Le profil des hommes en âge de procréer enquêtés (HAP)* 16](#_Toc425942512)

[III-Résultats de l’évaluation 18](#_Toc425942513)

[A- Les Opportunités offertes par le projet. 18](#_Toc425942514)

[3.1 L’identification du projet 18](#_Toc425942515)

[3.2Analyse du cadre conceptuel 18](#_Toc425942516)

[3.3 Analyse de la pertinence du projet 22](#_Toc425942517)

[*3.3.1 La Cohérence avec les orientations universelles* 22](#_Toc425942518)

[*3.3.2 La pertinence du projet par rapport aux orientations nationales* 22](#_Toc425942519)

[*3.3.3 La pertinence du projet par rapport aux réalités socio-économiques* 22](#_Toc425942520)

[*3.3.4 La pertinence du projet par rapport aux principes, approches et orientations de CARE* 24](#_Toc425942521)

[3.4 Analyse de la conduite du projet 25](#_Toc425942522)

[*3.4.1 La chronologie dans la mise en œuvre des activités du projet* 25](#_Toc425942523)

[B- Les acquis du projet 29](#_Toc425942524)

[3.5 Analyse de l’efficacité 29](#_Toc425942525)

[*3.5 1 Le bilan des réalisations* 29](#_Toc425942526)

[*3.5.2 Le niveau d’atteinte des résultats immédiats du projet* 32](#_Toc425942527)

[3.6 Analyse de l’efficience 38](#_Toc425942528)

[3.7 Analyse de la durabilité des actions du projet 42](#_Toc425942529)

[3.8 Analyse des effets et impacts 42](#_Toc425942530)

[*3.8.1 L’état de santé et nutritionnel des enfants* 43](#_Toc425942531)

[3.9 Leçons apprises 52](#_Toc425942532)

[IV Conclusions 52](#_Toc425942533)

[Recommandations 53](#_Toc425942534)

[ANNEXES 53](#_Toc425942535)

[Annexe N°1 : TDR de la mission d’évaluation 54](#_Toc425942536)

[Annexe N°2 : Liste des personnes rencontrées au cours de la mission 61](#_Toc425942537)

[Annexe N°3 : le cadre logique du projet ML 62](#_Toc425942538)

[Annexe N°4 : Suivi des activités par résultat 70](#_Toc425942539)

# Sigles et abréviations

|  |  |
| --- | --- |
| AFD | Agence Françaises pour le Développement |
| AG | Assemblée Générale |
| AGR | Activités Génératrices de Revenu |
| AME | Allaitement Maternel Exclusif |
| ATPC | Assainissement Total Piloté par la Communauté |
| AV | Agents Villageois |
| AVEC | Association Villageoises d’épargne et crédit |
| CCC | communication pour un changement de comportement |
| CFS | centres de formation sanitaire |
| CN | Consultation de Nourrissons |
| COGES | Comité de Gestion des Etablissements Scolaires |
| CPN | Consultation Prénatale |
| CS | Centre de Santé |
| CS | Comités de salubrité |
| CSI | Centre de Santé Intégrée |
| DBC | Distribution à Base Communautaire |
| DBC | Distribution à Base Communautaires de contraceptifs |
| DS | District Sanitaire |
| EVPC | Equipe Villageoise de Promotion de la Croissance |
| FA | Femmes Allaitantes |
| FARN | Foyer d’Apprentissage et de Réhabilitation Nutritionnelle |
| FDAL | Fin de Défécation à l’Air Libre |
| FE | Femmes Enceintes |
| FORSANI | Forum Santé Niger |
| GAR | Gestion Axée sur les Résultats |
| GS | Groupe de Soutien spécialisé |
| GS2A | Groupe de Soutien à l’Allaitement et à l’Alimentation |
| GSPF | Groupe de Soutien à la Planification Familiale |
| HA | Hygiène et Assainissement |
| HAP | Hommes en Age de Procréer |
| I3N | Initiative 3N « les Nigériens nourrissent les Nigériens » |
| MAM | Malnutrition Aigué Modérée |
| MAS | Malnutris Aigue Sévères |
| MEM/N | Mères d’Enfants Malnutris ou Non |
| ML | Maman Lumière |
| MMD | Mata Masu Dubara |
| MMI | Malnutrition Maternelle et Infantile |
| ND | Non Disponible |
| NUT | Nutrition |
| OMD | Objectifs du Millénaire pour le Développement |
| ONG | Organisation Non Gouvernementale |
| PB | Périmètre Brachial |
| PCIMA | Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aigue |
| PDC | Plan de Développement Communautaire |
| PDES | Programme de Développement Economique et Social |
| PF | Pratiques Familiales |
| PFE | Pratiques Familiales Essentielles |
| PPIND | Projet Promotion des initiatives en faveur de la Nutrition et de la Démographie |
| PS | Plan Stratégique |
| SAN/Urgence/DRR | Sécurité alimentaire et Nutritionnelle et Réduction des Risques et catastrophes |
| SCA | Score de Consommation Alimentaire |
| SDA | Score de Diversification Alimentaire |
| SEAMI | Suivi, Evaluation, Apprentissage et Mesure d’Impacts |
| SMART | Spécifique, Mesurable, Acceptable, Réaliste, Temporel |
| SNIS | Système National d’Information Sanitaire |
| UI | Unité d’Intervention |
| VSLA | Village Savings and Loan Association |

# Listes des tableaux

|  |  |
| --- | --- |
| Tableau n°1 | Taille de l’échantillon enquêté au niveau de la zone du projet |
| Tableau n°2 | % des ML selon le nombre total d’enfants |
| Tableau n°3 | La grille d’analyse de la formulation des objectifs du projet |
| Tableau n°4 | La grille d’appréciation de la formulation des résultats attendus |
| Tableau n°5 | La situation d’insécurité alimentaire des populations au niveau des départements ciblés par le projet (décembre 2011) |
| Tableau n°6 | Les types de structures communautaires mises en place par le projet |
| Tableau n°7 | Situation de la distribution des contraceptifs |
| Tableau n°8 | La performance des FARN |
| Tableau n°9 | Les quatre principaux ingrédients des recettes culinaires citées par les enquêtées dans les deux régions |
| Tableau n°10 | La situation du niveau d’exécution du projet ML |
| Tableau n°11 | Les rubriques qui ont été faiblement exécutées dans le budget du projet ML |
| Tableau n°12 | Evolution du taux de mortalité enregistré dans les CSI enquêtés de 2011 à 2014 |
| Tableau n°13 | Les taux de non répondants, d’abandons et de mortalité au niveau des CSI de Zermou et Toumnia (région de Zinder) |
| Tableau n°14 | Les taux de non répondants, d’abandons et de mortalité au niveau des CSI de SarkinYamma et Dan Issa (région de Maradi) |

# Listes des graphiques

|  |  |
| --- | --- |
| Graphique n°1 | Score de diversité alimentaire à Madarounfa - % ML enquêtées |
| Graphique n°2 | Score de diversité alimentaire à Mirriah - % ML enquêtées |
| Graphique n°3 | % des enquêtées selon les types d'aliments consommés (cas Zinder et Maradi) |
| Graphique n°4 | Index de stratégie d'adaptation à Madarounfa - % ML enquêtées |
| Graphique n°5 | % des enquêtées selon les types de stratégies alimentaires adoptés (cas Zinder et Maradi) |
| Graphique n°6 | Taux d'utilisation des services curatifs des CFS enquêtés (cas de Maradi) |
| Graphique n°7 | Taux d'utilisation des services curatifs des CFS enquêtés (cas de Zinder) |
| Graphique n°8 | Nombre de malnutris pris en charge de 2011 à 2014 au niveau des deux CSI de la région de Zinder échantillonnés |
| Graphique n°9 | Nombre de malnutris pris en charge de 2011 à 2014 au niveau des deux CSI de la région de Maradi échantillonnés |
| Graphique n°10 | Evolution des taux de guérison au niveau des CSI échantillonnés de Mirriah |
| Graphique n°11 | Evolution du taux de guérison au niveau de centres de prise en charge des malnutris aux CSI échantillonnés (cas à Maradi) |
| Graphique n°12 | Evolution des Taux de guérison de la malnutrition au niveau des CSI de Dan Issa et SarkinYamma |
| Graphique n°13 | Evolution de taux d’utilisation de la PF au niveau des CSI enquêtés de Maradounfa (région Maradi) |
| Graphique n°14 | Evolution de taux d’utilisation de la PF au niveau du DS enquêté de Maradounfa (région Maradi) |

# Fiche signalétique du projet

|  |  |
| --- | --- |
| Titre de l’action | Projet de prévention et de prise en charge non médicale de la malnutrition maternelle et infantile – Maman Lumière |
| Localisation | 70 unités d’intervention (UI) et 20 centres de santé Intégrés (CSI) des districts Sanitaires de Madarounfa région de Maradi, et Mirriah région de Zinder au Niger |
| Durée totale initiale de l'action | 36 mois, du 16 janvier 2012 au 15 janvier 2015 |
| Objectifs de l'action | Contribuer à réduire le taux élevé de la malnutrition maternelle et infantile dans les régions de Zinder et Maradi grâce à des stratégies sociocommunautaires innovantes tenant compte de l’alternance des contextes de crise et de développement |
| Objectifs spécifiques | Mettre en place un système participatif et intégré de prévention et de prise en charge de la malnutrition maternelle et infantile à base communautaire dans les districts de Madarounfa et Mirriah |
| Résultats attendus | **Résultat 1 :** Un système intégré et participatif de gestion de la malnutrition (prévention, prise en charge, gestion des crises) est mis en place et est actif dans 35 communautés ;**Résultat 2 :** la population a une meilleure connaissance des causes de la malnutrition et prend les mesures adéquates pour réduire le taux de malnutrition ;**Résultat 3 :** Les Foyers d’Apprentissage de Réhabilitation Nutritionnelle (FARN) prennent en charge efficacement les enfants malnutris modérés ;**Résultat 4 :** Les formations sanitaires et les communes accompagnent les communautés dans leur effort de prévention et de prise en charge de la malnutrition. |
| Coût du projet | 750 000 €  Soit **458. 918.105 FCFA** |
| Nom de l’Organisation opératrice | CARE Niger |
| Partenaires locaux | Deux ONG locales (Gestion de la Santé par des initiatives locales (AFUA) et Forum Santé Niger (FORSANI) |
| Bailleurs de fonds | Agence Française de Développement (AFD) |
| Bénéficiaires | Au total, 37 393 personnes seront directement bénéficiaires de l’action : 10.947 enfants de 0-36 mois ; 15.015 femmes enceintes et allaitantes ; 11.261 pères d’enfants de moins de 3 ans et hommes en âge de procréer ; 100 leaders religieux, politiques et d’opinion ; 20 élus locaux et 50 agents de santé responsables de CSI et de case de santé. |
| Bénéficiaires finaux | Les structures communautaires et les ménages vulnérables de Madarounfa (Maradi) et de Mirriah (Zinder). Au total, 37 393 personnes seront directement bénéficiaires de l’action |
| Zones d’intervention (initiales) | deux districts sanitaires des régions de Zinder et Maradi (Mirriah et Madarounfa) avec environ 70 unités d’intervention (UI) et 20 CSI comme zone d’intervention |
| Paquets d’activités | * Accroître la capacité des ménages et des communautés dans la prise en charge et la prévention de la MMI * Mettre en place et renforcer les structures locales de prévention et prise en charge de la MMI, * Promouvoir des actions de réduction de risque liés au caractère répétitif des crises alimentaires et nutritionnelles ; * Promouvoir l’amélioration de la qualité des services |

# Résumé des principaux résultats de l’évaluation

Le projet ML démarré en janvier 2012 fait suite au projet PPIND achevé en septembre 2011. Le projet intervient dans l’aire de deux districts sanitaires (Districts de Madarounfa de la région de Maradi et de Mirriah de la région de Zinder).

Ce projet a été initié et mis en œuvre par CARE et deux de ses ONG partenaires (AFUA et FORSANI).

***Par rapport à l’analyse de la pertinence du projet***

Le projet ML est en cohérence avec les orientations au plan Universel (OMD), national (PDES, I3N) et communal (PDC). En ce sens que ses actions contribuent à relever les défis qui se posent pour le Niger et à ses populations surtout rurales dans les domaines de la sécurité alimentaire / nutritionnel et de la démographie.

***Par rapport à l’analyse de l’efficacité du projet***

Les activités prévues ont été dans une large partie réalisées. Les actions comprennent des activités de : structuration des FARN et MMD ; la sensibilisation et la formation des acteurs parties prenantes (élus, leaders, agents CSI, inspecteurs de l’éducation, les communautés) ; l’introduction des actions d’ATPC ; l’appui à la réalisation des jardins et plantations de case,…

Le système intégré participatif de prévention et de prise en charge de la MMI a été mis en place au niveau de 70 villages des deux régions d’intervention du projet. Ces unités d’intervention (UI) sont opérationnelles. Leurs activités concernent : le dépistage, la prise en charge des enfants malnutris, les démonstrations culinaires, la distribution des contraceptifs, la sensibilisation sur le hygiène et assainissement, la gestion des greniers nutritionnels, …… etc.

Les groupes cibles du projet (FA, FE, MEM/N, ML, HAP) sont formels quant à l’amélioration de leur connaissance et l’application des méthodes des pratiques familiales essentielles (PFE).

S’agissant des recettes culinaires introduites par le projet ML, cinq sont les plus connues et appliquées (Dan waké, Fura da maï, Alala, TuwoTsaki et la bouille enrichie) par les groupes cibles du projet. Ceci en raison de la disponibilité et l’accessibilité des ingrédients qui les composent.

***Par rapport à l’analyse de l’efficience du projet***

La démarche du projet a favorisé l’implication des acteurs parties prenantes. Cependant le niveau de collaboration est variable d’un acteur à un autre. Ainsi, les communautés ont été mis au centre du processus à travers leur entière responsabilisation dans la prévention et la prise en charge de la Malnutrition Maternelle et Infantile (MMI), les agents des Centres de Santé Intégré (CSI) et les élus communaux ont en plus d’avoir été bénéficiaires des formations, collaborés avec les équipes du projet à plusieurs niveaux du processus : ciblage des villages, approvisionnement en contraceptifs, intégration de la nutrition dans les PDC, participation aux réunions de planification, d’échange et de communication, …. etc.

La planification, le suivi, la supervision et le rapportage ont été régulièrement assurés par les opérateurs à différents niveaux.

Les ressources financières affectées au projet ont été bien gérées. Le taux d’exécution du budget est estimé à 93,92% au passage de la mission d’évaluation.

***Par rapport à l’analyse de la durabilité du projet***

La bonne compréhension par les acteurs parties prenantes des enjeux de l’approche FARN (l’intégration au Protocole National de Prise en Charge MMI, l’intégration de la nutrition dans les PDC, l’intérêt de plus en plus croissant des intervenants pour la thématique) sont autant d’atouts pour la pérennisation.

Cependant, plus de collaboration est souhaitée du côté des agents de la santé pour l’effectivité de l’intégration de l’approche médicale et non médicale.

***Par rapport à l’analyse des effets et impacts du projet***

Les changements induits par le projet ML se situent à différents niveaux : l’état de santé nutritionnel des enfants, les comportements nutritionnels, les pratiques d’hygiène et assainissement, un meilleur contrôle de la démographie à travers l’adoption de la PF, la baisse du taux de malnutris au niveau des centres de formation sanitaire et l’amélioration de la fréquentation des services de santé.

Cf paragraphes relatifs à tous ces aspects dans le développement de ce rapport.

# I-Contexte de l’évaluation

Dans le cadre de l’appel à proposition lancé en 2011 par l’Agence Française de Développement, CARE Niger a obtenu le financement de son projet intitulé « Projet Maman Lumière » via CARE France. Cette initiative relève de la mise en œuvre du programme Sécurité alimentaire et Nutrition/Urgences et Réduction des risques et catastrophes (SAN/Urgence/DRR) de Care Niger.

Ce projet vise à contribuer à la réduction du taux élevé de la malnutrition maternelle et infantile (MMI) dans les régions de Zinder et Maradi. Il s’appuie sur une stratégie innovante qui consiste à mettre en place un système participatif et intégré de prévention et de prise en charge de la malnutrition maternelle et infantile à base communautaire dans les districts de Madarounfa et Mirriah.

Les particularités de cette stratégie portent sur les approches suivantes :

* le projet est mis en œuvre en partenariat avec deux ONG locales (Gestion de la Santé par des initiatives locales (AFUA) et Forum Santé Niger (FORSANI) pour respectivement les districts sanitaires de Mirriah et Madarounfa ;
* la collaboration avec les communes, les services techniques déconcentrés de l’Etat est suscitée dans le cadre de l’exécution de ce projet ;
* la création des conditions d’intégration et de complémentarité avec d’autres programmes CARE et les initiatives d’autres intervenants ;
* la responsabilisation communautaire à travers la création des structures communautaires de prévention et de la prise en charge de la malnutrition Maternelle et Infantile ;
* le transfert de compétences et l’appropriation par la valorisation des expériences passées de CARE

La présente évaluation finale a permis de capitaliser les acquis, d’apprécier les avancées du projet vers ses objectifs, de dégager les succès et les échecs, de faire ressortir les mauvaises et bonnes pratiques, de documenter les effets et impacts, de tirer les leçons et de formuler des recommandations.

L’évaluation s’est appuyée sur les critères suivants : **la pertinence/cohérence, l’efficacité, l’efficience, la durabilité/viabilité, la connectivité et les effets/impacts.** En sommes, il s’est agit de trouver des réponses aux questions non exhaustives posées dans les Termes de référence autour de ces critères. (Les Termes de référence sont portés en **annexe N°1**)

Le présent rapport qui sanctionne le processus d’évaluation finale du projet « Maman Lumière –ML » comprend principalement trois parties :

1. La méthodologie et déroulement du processus d’évaluation ;
2. L’analyse des opportunités offertes par le projet (pertinence, analyse du cadre conceptuel, conduite du projet) ;
3. Les acquis du projet (bilan, atteinte des objectifs, efficience, durabilité, effets/impacts, leçons apprises, conclusion et recommandations)

# II-Méthodologie et déroulement du processus

## 2.1 Approche méthodologique

La méthodologie adoptée par la mission s’est voulue participative et a été inscrite dans une dynamique qui prend en compte cinq aspects à savoir : les **réalisations,** les **processus** de mise en œuvre du projet, les **changements** (effets et impacts)induits sur les acteurs, sur leurs biens et ressources, l’**environnement** (les changements de contexte)et les **acteurs** (en termes de participation et rôles joués).

Les données au cours du processus ont été collectées à travers :

1-la **revue documentaire** (le document du projet, le rapport de l’étude de référence, les rapports narratifs et financiers, le rapport d’audit, le rapport d’évaluation à mi-parcours, les outils appliqués, les rapports d’activités, les contrats et conventions, rapports d’études, autres écrits),

2-les **entretiens/interviews** en focus group et ou individuel avec les acteurs parties prenantes au niveau de CARE, des ONG AFUA et FORSANI, des autorités (Préfets, Maires, chefs de villages, autres élus et leaders) et des services techniques déconcentrés de l’Etat (Districts sanitaires, Centres de santé intégré, les Directions Départementales de l’agriculture, de l’environnement et de l’Hydraulique, ), des communautés bénéficiaires (les membres des FARN, les mamans lumières, les femmes enceintes, les femmes allaitantes, les hommes en âge de procréer, les mères d’enfants ). Un questionnaire spécifique a été administré pour chacun des catégories d’acteurs communautaires et un guide d’entretien pour chacune des autres catégories d’acteurs rencontrés.

La liste des principales personnes rencontrées est portée en **annexe N°2**.

## 2.2 Le rayonnement de l’évaluation

### *2.2.1 Couverture spatiale de la zone d’enquête*

Dans l’ensemble treize (13) villages ont été ciblés par la mission dont sept (7) dans la région de Zinder et six (6) dans celle de Maradi. Plus spécifiquement :

* tous les deux Districts Sanitaires (DS) de la zone d’intervention du projet (Madarounfa et Mirriah) des deux régions (Zinder et Maradi) ont été touchés par l’enquête, soit 100%.
* Dans l’aire sanitaire de chacun de ces districts, deux centres de santé intégrés ont été ciblés (soit 2 pour la région de Zinder et 2 pour celle de Maradi). Le tirage des CSI a tenu compte des caractéristiques agro écologiques et sanitaires des aires des centres de formation sanitaire, du niveau de vulnérabilité des ménages dans les différentes aires de CSI et l’accessibilité des villages qui abritent ces centres sanitaires ;
* au troisième niveau de tirage, 13 Unités d’Intervention (UI) ont été enquêtées dans les deux régions. Cet échantillon représente 18,6% de l’ensemble des UI couvertes par le projet (70).Les villages qui abritent les UI ont été tirés à partir de la liste établie par CSI échantillonné et en fonction d’un pas de tirage égale au 1/10 de l’effectif des UI rattachées au CSI. Les mêmes critères liés à la situation agro écologique, sanitaire, vulnérabilité alimentaire et nutritionnelle, la représentativité, l’accessibilité ont été pris en compte lors du tirage.

### *2.2.2 Les types et la taille des acteurs communautaires enquêtés*

Cinq (5) types d’acteurs communautaires cibles du projet « Maman Lumière »ont été enquêtés au niveau de chaque UI, il s’agit des : Mamans lumières, des femmes avec enfants malnutris ou non, des femmes enceintes (FE), des femmes allaitantes(FA) et Hommes en âge de procréer (HAP).

La taille de l’échantillon enquêté, se présente comme suit :

**Tableau N°1** : Taille de l’échantillon enquêté au niveau de la zone du projet

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Catégories d’acteurs** | **Nombre enquêtés** | | |
| **Total** | **Département de Mirriah** | **Département de Madarounfa** |
| Maman Lumière | 43 | 20 | 23 |
| Femmes enceintes | 48 | 24 | 24 |
| Femmes Allaitantes | 47 | 23 | 24 |
| Mères d’enfants malnutris ou non | 50 | 24 | 26 |
| Hommes en âge de procréer | 26 | 14 | 12 |
| FARN | 13 | 7 | 6 |
| DS | 2 | 1 | 1 |
| CSI | 4 | 2 | 2 |

## 2.3Le chronogramme de la mission

La mission s’est déroulée suivant le chronogramme ci-après :

|  |  |
| --- | --- |
| **Etapes du processus** | **Période** |
| Réunion de briefing à Niamey | 20 Novembre 2014 |
| Revue documentaire | 21 et 22 Novembre 2014 |
| Confection des outils | 23 et 24 Novembre 2014 |
| Réunion de briefing à Zinder | 15 décembre 2014 |
| Rencontre équipe CARE et ONG partenaires à Zinder | 16 et 17 décembre 2014 |
| Mission terrain | 18 au 23 décembre 2014 |
| Synthèse des données | 25 – 26 Décembre 2014 |
| Restitution préliminaire à Zinder | 29 Décembre 2014 |
| Traitement et analyse des données | 02 au 03 Janvier 2014 |
| Elaboration rapport provisoire | 15 au 17 janvier 2015 |
| Restitution à Niamey | (à préciser) |
| Rédaction du rapport final | (à préciser) |

## 2.4 Le profil des principaux acteurs communautaires enquêtés

Les acteurs communautaires enquêtés se caractérisent par leurs : état physiologique, situation matrimoniale, âge, nombre d’enfants, appartenance aux structures associatives, statut des ménages et les activités pratiquées (les détails sur ces acteurs sont portés en annexe N°1).

### *2.4 1 Le profil des mamans lumière enquêtées*

***a) l’état physiologique des mamans lumières***

L’état physiologique des acteurs enquêtés dans les deux régions sont variables. On distingue :

- A Madarounfa : 35% sont des FA (ayant des enfants de 0 à 6 mois), 22% des MEN (ayant des enfants de 6 à 59 mois), 4% sont des FE et 39% n’ont été précisées ;

- A Mirriah: 40% sont des FA, 50% sont des FE et 10% des MEN de 6 à 59 mois.

***b) la situation matrimoniale des mamans lumières***

Toutes (100%) des ML enquêtées dans les deux Départements sont des femmes mariées. Et, on distingue parmi ces ML enquêtées des jeunes mères d’enfants comme des femmes âgées. Elles ont un âge compris entre 18 et 60 ans.

***c) le nombre d’enfants des mamans lumières enquêtées***

Les résultats de l’enquête indiquent 1 à plus de 5 enfants par ML interrogée. Les tranches d’âge de ces enfants sont variables. Leurs enfants sont de 0 à 6 mois d’âge et d’autres sont âgés de 6 à 59 mois.

**Tableau N°2** : % de ML selon le nombre total d’enfants

Les tableaux ci-dessous présentent pour chaque département, le nombre total d’enfants pour les ML enquêtés :

**Mirriah/Zinder :** 20% des ML enquêtées sont allaitantes et ont chacune un seul enfant de 0 à 6 mois. Mais chacune de ces ML ont plus d’un enfant tout âge compris.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre total d'enfants** | **%** | **Possession d'enfant de 6 à 59 mois** | | |
| 0 à 1 enfant | 0 | 0 enfant de 6 à 59 mois | | 5% |
| 2 à 3 enfants | 35 | 1 à 2 enfants 6 à 59 mois | | 90% |
| 4 à 5 enfants | 35 | 3 à 4 enfants 6 à 59 mois | | 5% |
| 6 à 7 enfants | 30 |  |  |  |

**Madarounfa/Maradi**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre total d'enfants** | **%** | **Possession d'enfant de 6 à 59 mois** | | |
| 0 à 1 enfant | 83 | 0 enfant de 6 à 59 mois | |  |
| 2 à 3 enfants | 17 | 1 à 2 enfants 6 à 59 mois | | 100% |
| 4 à 5 enfants |  | 3 à 4 enfants 6 à 59 mois | |  |
| 6 à 7 enfants |  |  |  |  |

De par les tranches d’âges de leurs enfants, les ML représentent parfaitement les caractéristiques des groupes d’impact ciblés par le projet.

***d) l’appartenance des mamans lumières aux structures associatives***

La plupart des ML enquêtées dans les deux régions sont membres des organisations associatives. Ces structures associatives ont le plus souvent un lien avec les activités du projet ML. Il s’agit de MMD, GSPF, EVPC, GS2A, DBC, Comités de salubrité, etc.

Ces structures ont essentiellement pour vocation l’amélioration des revenus monétaires et de la santé des membres.

***e) le statut des ménages auxquels appartiennent les mamans lumières***

L’étude a touché des ML appartenant aussi bien aux ménages monogames que polygames. Toutefois, il ressort des résultats de l’enquête que la majorité des ménages des ML est polygame dans les deux régions (70% des cas à Mirriah et 65% des cas à Madarounfa). Ceci prédispose ces ménages à avoir plus d’enfants en absence de planification familiale (PF).

***f) les activités pratiquées par les mamans lumières***

100% des ML interrogées dans les deux Départements sont des ménagères. A Mirriah 100% des ML enquêtées appartiennent à des groupements féminins qui ont pour vocation l’amélioration de la situation économique, sanitaire et sociale de leurs membres : MMD ; AGR ; EVPC ….

A Madarounfa 91% des ML enquêtées appartiennent à des structures organisées.

### *2.4.2 Le profil des femmes enceintes enquêtées*

***a) le nombre d’enfants des femmes enceintes enquêtées***

Toutes les FE enquêtées dans les deux régions sont des femmes mariées. L’âge des FE enquêtées dans les deux Départements, se situe entre 16 et 40 ans. Ce qui correspond effectivement à la tranche d’âges des femmes en âge de procréer.

Le nombre d’enfants variable par FE enquêtée dans les deux Départements :

- Dans le cas du Département de Mirriah, la moyenne du nombre d’enfants de 0 à 36 mois par FE est de 3 ;

- Pour le cas du Département de Madarounfa, 87% des femmes enceintes enquêtées ont des enfants de 6 à 36 mois, sachant qu’aucune des FE enquêtées ne possèdent un enfant de 0 à 6 mois. La moyenne d’enfants de 6 à 36 mois pour Madarounfa est de 2 par FE.

***b) l’appartenance des femmes enceintes enquêtées aux structures associatives***

La plupart des FE enquêtées appartient à des structures associatives (96% dans le cas de la zone de Zinder et 91% dans celle de Maradi) dont le nombre varie de 1 à 3.

Ces structures ont des vocations diversifiées, à savoir :

-Zone Zinder : épargne et de crédit, santé, élevage, santé/nutrition et hydraulique

-Zone Maradi : santé et revenu

***c) le statut des ménages auxquels appartiennent les femmes enceintes enquêtées***

Les statuts des ménages des FE enquêtées dans les deux régions présentent des situations inversées : 74% de ménages monogames et 26% de polygames pour le Département de Mirriah et 13% ménages monogames et 87% de ménages polygames pour le Département de Madarounfa.

***d) les activités pratiquées par les femmes enceintes enquêtées***

Dans la zone de Maradi 92% des FE enquêtées sont des ménagères et 8% ont déclaré qu’elles pratiquent le commerce. Dans celle de Zinder, 75% sont uniquement ménagères et 25% des FE pratiquent activités économiques telles que l’agriculture, l’élevage, la petite restauration ou l’extraction d’huile d’arachide.

### *2.4.3 Le profil des femmes allaitantes (FA) enquêtées*

***a) l’âge des FA enquêtées***

Toutes les FA enquêtées aussi bien dans le Département de Mirriah comme celui de Madarounfa sont mariées. Leurs âges sont compris entre 18 et 40 ans avec un âge moyen de 29 ans.

***b) le nombre d’enfants des femmes allaitantes enquêtées***

Le nombre d’enfants des FA se situe entre 1 et 10 avec une moyenne de 5 enfants par femme. Les plus jeunes des enfants ont un âge compris dans les tranches d’âge de 0 à 6 mois et de 6 à 59 mois.

***c) l’appartenance des femmes allaitantes enquêtées aux structures associatives***

Selon les résultats de l'enquête, la majorité (83% des cas à Mirriah et 87% de cas à Madarounfa) des FA appartient à au moins une organisation associative.

Les vocations de ces organisations visent l’amélioration des revenus, l’hygiène/assainissement la nutrition et la santé des membres et de leurs enfants.

***d) le statut des ménages auxquels appartiennent les femmes allaitantes enquêtées***

Les résultats de l’enquête indiquent que la majorité (65% des cas) des FA rencontrées à Mirriah appartient à des ménages monogames contrairement à Madarounfa où dans la majorité (83%) des cas elles sont dans des ménages polygames.

***e) les activités pratiquées par les femmes allaitantes enquêtées***

100% des FA du Département de Madarounfa sont des ménagères. Tandis que dans le Département de Mirriah, 79% sont des ménagères et 21% ont déclaré pratiquer l'agriculture, le petit commerce, la petite restauration ou l'élevage comme activité économique.

### *2.4.4 Le profil des mères avec enfants malnutris ou non (MEM/N) enquêtées*

***a) situation matrimoniale et âge des MEM/N***

Selon les résultats de l’étude d’évaluation, 100% des MEM/N rencontrées dans les deux régions sont des femmes mariées.

Les résultats indiquent aussi que la grande majorité (35% de cas à Mirriah et 52% de cas à Madarounfa) de ces femmes a un âge compris entre 26 et 30 ans.

***b) le nombre d’enfants des mères***

Dans le Département de Mirriah, le nombre d'enfants par mère Mères enquêtée varie de 1 à 8 avec une moyenne de 5 enfants.

A Madarounfa, les Mères ont entre 2 à 12 enfants, avec une moyenne de 7 enfants par femme.

Dans les deux cas, l’âge de leurs plus jeunes enfants se situe dans les tranches de 0 à 6 mois et 6 à 36 mois.

***c) l’appartenance des mères enquêtées aux structures associatives***

Selon les résultats de l'enquête, les MEM/N rencontrées dans leur grande majorité (95% cas à Madarounfa et 71% cas à Mirriah) sont membres des organisations associatives (structures communautaires mises en place par le projet et autres).

Les vocations de ces organisations sont diversifiées dans les deux Départements: entraide à travers le système de crédit et épargne ou de gestion de la sécurité alimentaire par le stockage de mil et la santé en lien avec les PF.

***d) Les types de ménages auxquels appartiennent les mères d’enfants enquêtées***

La situation en termes de statut des ménages est inversée entre les deux Départements: la majorité (75% de cas) de MEM/N enquêtées à Madarounfa appartient aux ménages polygames contre une forte proportion (75% de cas) des MEM/N pour le cas de Mirriah qui appartient aux ménages monogames.

***e) les activités pratiquées par les mères enquêtées***

Dans le Département de Madarounfa, 100% des mères d'enfants malnutris enquêtées ont déclaré n'être que des ménagères. Tandis qu’à Mirriah, 68% des enquêtées sont de ménagères et le reste des MEM/N enquêtées ont déclaré tirer leur revenu des AGR (tresse, extraction et vente d'huile d'arachide, petite restauration, petit commerce de divers ou travaux champêtres).

### *2.4.5 Le profil des hommes en âge de procréer enquêtés (HAP)*

***a) le statut matrimonial et âge des HAP***

Les HAP enquêtés dans les deux régions sont tous mariés.

A Mirriah, leurs âges sont compris entre 20 et 60 ans, avec une moyenne de 40 ans.

Tandis qu’à Madarounfa leur âge est compris entre 20 et 52 ans pour une moyenne de 36 ans.

***b) le nombre d’enfants des HAP***

Dans la zone de Zinder, le nombre d'enfants par HAP enquêté varie de 1 à 10 avec une moyenne de 6 enfants. Alors que dans elle de Maradi, chez les enquêtés, le nombre total d'enfants varie de 1 à 20, avec une moyenne de 11 enfants par HAP. Cette situation est surement liée au fort taux de polygames enregistrés des ménages touchés à Maradi.

Dans les deux cas, les enfants les moins âgés appartiennent à trois tranches d’âges de 0 à 6 mois, de 6 à 36 mois et de 36 à 59 mois.

***c) l’appartenance des HAP aux structures associatives,***

Les résultats de l'enquête sur la vie associative indiquent que plus de la moitié (75% dans le cas de Madarounfa et 62% des cas à Mirriah) des HAP rencontrés dans les deux zones sont membres d’au moins une organisation associative.

Ces structures associatives visent essentiellement l’amélioration des revenus, la santé, l’hygiène/assainissement des membres et la gestion de la scolarité de leurs enfants.

Les vocations de ces structures sont diversifiées :

Dans le Département de Mirriah, les vocations déclarées sont:

- santé, HA et épargne/crédit (63% des cas);

- santé et HA (24% des cas) et;

- gestion des activités scolaires (13% des cas).

A Madarounfa, la vocation des organisations est essentiellement santé et Hygiène et Assainissement (HA) (100% des cas).

***d) les types de ménages auxquels appartiennent les HAP***

Il ressort des résultats de l’enquête que les HAP rencontrés à Mirriah majoritairement (86%) monogames tandis que ceux enquêtés à Madarounfa sont beaucoup plus polygames (57% de cas).

***e) les activités pratiquées par les HAP***

A Madarounfa, 100% des enquêtés ont déclaré être des cultivateurs contre 75% de cas à Mirriah qui ont déclaré la pratique de l’agriculture comme principale activité exercée (le reste pratique : petit commerce, élevage).

# III-Résultats de l’évaluation

# A- Les Opportunités offertes par le projet.

## 3.1 L’identification du projet

L’identification du projet ML a été motivée par le désir de valoriser les acquis d’un précédent projet. En effet, le projet Maman Lumière fait suite au projet intitulé « Promotion des Initiatives en faveur de la Nutrition et de la Démographie (PPIND) ».

PPIND a été initié et mis en œuvre par Care et quatre (4) de ses partenaires locaux, à savoir : ONG AFUA, ONG AREN, VALPRO et ANBEF. Financé sur fonds de l’Union Européenne, la zone d’intervention du projet PPIND a concerné les Départements d’Aguié et de Madarounfa dans la Région de Maradi et initialement le Département de Tanout de la Région de Zinder, mais suite au retrait du projet de la zone Nord Tanout (pour cause d’insécurité), les interventions se sont poursuivies dans le Département de Mirriah. Il s’est achevé en septembre 2011.

Puis, le projet ML a été immédiatement monté et mis en œuvre par CARE et cette fois ci avec deux de ses partenaires locaux identifiés (ONG Gestion de la Santé par les Initiatives Locales -AFUA et l’ONG Forum Santé Niger -FORSANI).

Cette nouvelle initiative a été orientée dans le cadre de la Facilité d’Innovation Sectorielle pour les ONG (FISONG).

En effet, un appel à proposition a été lancé en 2011 par l’Agence Française de Développement (AFD). Lequel appel se proposait de contribuer au financement de dépenses nécessaires à la réalisation de projets dont les interventions visent à briser le cycle de la malnutrition, en particulier dans des contextes de crises récurrentes comme c’est le cas au Niger.

A l’issu du processus de sélection, la proposition de CARE International au Niger intitulé « Projet ML » a été approuvé via CARE France signataire de la convention avec le bailleur.

Le projet ML a intervenu initialement dans 15 communes des Départements de Mirriah (Région de Zinder) et Madarounfa (Région de Maradi). Mais, avec la nouvelle réforme administrative intervenue, le Département de Mirriah a été scindé en trois Départements (Mirriah, Takeita et DamagaramTakaya). Ce qui fait que la zone d’intervention du projet couvre donc 4 départements dans les 2 Régions tout en gardant les 15 Communes.

Les bénéficiaires finaux sont les ménages vulnérables de la zone d’intervention du projet. Les groupes cibles sont les enfants de 0-36 mois(environ 10.947), les femmes enceintes et allaitantes (environ 15.015), les pères des enfants de moins de 3 ans (environ 11.261), les leaders religieux, politiques et d’opinion, les élus locaux, et le personnel de santé.

Il est a noté que l’attitude des initiateurs du projet ML a été prompte à tel point que le temps entre la fin du projet PPIND et le démarrage du projet ML n’a pas connu un grand intervalle. Ceci est le fruit des efforts déployés et de l’efficacité des initiateurs (CARE France, CARE International au Niger, AFUA et FORSANI) à identifier un projet et à rechercher le financement.

## 3.2Analyse du cadre conceptuel

3.2.1 La logique d’intervention du projet

Le projet « Maman Lumière » dispose d’un cadre logique élaboré sous la forme classique. Il se présente en quatre (4) colonnes :

* la logique d’intervention (1 objectif général, 1 objectif spécifique, 4 résultats attendus, 22 activités selon le pan de suivi initial établi) ;
* des indicateurs de performance du projet ;
* les sources de vérification ;
* et les hypothèses

Le cadre logique du projet est porté en **annexe N°3**.

De l’analyse de la logique verticale et horizontale du contenu de la matrice de planification du projet, il ressort que :

***☺ La logique d’intervention est évidente***

Le contenu du document de projet, renseigne suffisamment sur la logique d’intervention. Nous retenons, que le projet s’est proposé d’agir à la base (au niveau communautaire) sur la réduction des risques et la prévention de la malnutrition maternelle et infantile de façon à réduire la survenue de nouveau cas.

Ceci, en s’attaquant aux causes profondes de la malnutrition tout en considérant les risques climatiques, la surveillance de l’état nutritionnel et le développement d’actions locales d’accompagnement. Et surtout par la prise en charge non médicale de la malnutrition aigüe modérée, gérée par la communauté elle-même à des coûts modestes, adaptés et qui valorisent des combinaisons optimales d’aliments locaux.

Pour cela le projet a opté pour trois (3) approches d’intervention, à savoir :

* Une approche de responsabilisation communautaire : création et/ou renforcement des structures communautaires pour le dépistage de la Malnutrition Maternelle et Infantile (MMI), analyse et action prenant en compte les causes et les conséquences de la MMI, approche « visionning » de construction de la conscience de soi et de la confiance en soi pour amener les communautés à analyser la situation de la MMI et à s’engager dans les actions nécessaires pour son élimination.
* Une stratégie de changement de comportement à tous les niveaux : elle vise les femmes, les hommes, les personnes âgées et les jeunes scolaires. L’analyse de barrière servira de base pour l’élaboration de la stratégie de changement de comportement. Le plaidoyer et la mobilisation sociale seront des axes de cette stratégie. Des approches innovantes comme « care group » et « déviante positive » seront utilisées pour promouvoir les changements de comportement au niveau des hommes et des femmes. La stratégie « enfant pour l’enfant » permettra d’induire le changement de comportement au niveau des enfants dès leur jeune âge surtout en relation avec le rôle qu’ils jouent dans la garde de leurs plus jeunes frères et sœurs. Ils contribueront ainsi à l’adoption de bonnes pratiques dans les ménages.
* Une approche genre et droits : elle vise l’amélioration de la qualité des services aux enfants et aux femmes à travers le changement positif des agents de santé sur la perception de leur propre rôle vis-à-vis des mères, des pères et des enfants. Elle vise aussi, l’implication systématique des hommes et des femmes dans toutes les activités de façon à assurer une pleine responsabilité des uns et des autres face à la MMI.

***☺ Les logiques verticale et horizontale de la matrice de planification du projet sont cohérentes***

On observe une cohérence entre les différents éléments du cadre logique. Pris verticalement, les activités, les résultats et les objectifs sont cohérents. Sur l’angle horizontal, les indicateurs et les sources de vérification sont en lien avec les différents éléments descriptifs du projet (activités, résultats attendus et les objectifs).

***☺ Les indicateurs ont été clairement formulés***

On distingue des indicateurs quantitatifs et qualitatifs et tous sont spécifiques et mesurables.

Cependant, la mission d’évaluation a relevé certaines insuffisances qui caractérisent le cadre conceptuel du projet ML, il s’agit de :

***☹ Les résultats attendus ne sont pas suffisamment hiérarchisés***

Les différents résultats formulés n’ont pas été organisés en chaînes de résultats, par conséquent, il apparait difficile de distinguer les différents niveaux (extrants, effets et impacts).

Cette insuffisance relève du type classique du cadre logique adopté lors de la conception du projet. Le cadre logique de type Gestion Axée sur les Résultats (GAR) aurait été plus explicite. Il se présente en cinq colonnes :

* la colonne qui renferme les objectifs et les activités ;
* la colonne de la chaîne de résultats (extrants, effets et impacts) ;
* la colonne des indicateurs ;
* la colonne des sources de vérification ;
* et celle des risques et hypothèses.

***☹ La formulation de quelques-uns des éléments du cadre logique comporte des insuffisances***

* Par rapport à la formulation de l’objectif spécifique du projet

En désagrégeant le contenu de l’objectif spécifique du projet autour des éléments de la grille standard de formulation des objectifs, il ressort que les changements souhaités, les stratégies n’ont pas été précisées :

**Tableau N°3** : La grille d’analyse de la formulation des objectifs du projet

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Grille** | **Objectif général :**  Contribuer à réduire le taux élevé de la malnutrition maternelle et infantile dans les régions de Zinder et Maradi grâce à des stratégies innovantes dans un contexte de crise et de développement alterné | **Objectif spécifique :**  Mettre en place d’ici 2013, un système participatif et intégré de prévention et de prise en charge de la malnutrition maternelle et infantile à base communautaire dans deux districts sanitaires des régions de Zinder et Maradi |
| **Action** | Contribuer | Mettre |
| **Objet** | A Réduire | Un système participatif et intégré de prévention et de prise en charge de la MMI |
| **Groupe cible** | Mères et enfants | Mères et enfants |
| **Lieu** | Régions de Zinder et Maradi | 2 districts des Régions Zinder et Maradi |
| **Effets souhaités** | Réduction du taux de la malnutrition | ??? |
| **Stratégies** | Stratégies innovantes dans un contexte de crise et de développement alterné | ??? |
| **Durée** (facultative) | ???? | D’ici 2013 |

Ces vides constatés, n’altèrent pas le contenu des objectifs. Mais pour les combler, la mission d’évaluation fait les suggestions suivantes :

-S’agissant des effets souhaités, la mission propose : ***la qualité des services de prévention et de prise en charge de la malnutrition maternelle et infantile est améliorée*** ;

-S’agissant des stratégies, la mission propose : ***la structuration, le renforcement des capacités des acteurs et la communication pour un changement de comportement***.

* Par rapport à la formulation des résultats attendus du projet

Quatre (4) résultats sont attendus par le projet. Il s’agit de :

**Résultat 1** : Un système intégré et participatif de gestion de la malnutrition (prévention, prise en charge, gestion des crises) est mis en place et est actif dans 20 communautés

**Résultat 2** : la population a une meilleure connaissance des causes de la malnutrition et prend les mesures adéquates pour réduire le taux de malnutrition

**Résultat 3** : Les FARN prennent en charge efficacement les enfants malnutris modérés

**Résultat 4** : Les formations sanitaires et les communes accompagnent les communautés dans leur effort de prévention et de prise en charge de la malnutrition

L’analyse de leur contenu montre qu’ils ne sont pas suffisamment SMART (Spécifique, Mesurable, Acceptable, Réaliste, Temporel) comme l’indique la grille ci-après :

**Tableau N°4** : La grille d’appréciation de la formulation des résultats attendus

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Résultats** | **Spécifique** | **Mesurable** | **Acceptable** | **Réalisable** | **Temporel** |
| R1 | oui | oui | oui | oui | non |
| R2 | non | non | oui | non | non |
| R3 | oui | oui | oui | oui | non |
| R4 | non | non | oui | oui | non |

* Par rapport à la formulation des activités

***☹ La formulation des activités est à améliorer***

Les activités ne sont pas clairement formulées dans le cadre logique du projet, elles ont été plutôt exprimées sous forme de stratégies spécifiques. Fort heureusement cette insuffisance a été comblée par le plan de suivi initial établi au démarrage du projet.

Les activités par résultats formulées selon le plan de suivi du projet sont portées en **annexe N°4**.

## 3.3 Analyse de la pertinence du projet

La mission a évalué la pertinence du projet par rapport à l’adéquation entre l’offre proposée et les défis qui se posent aux groupes cibles et par rapport aux orientations au plan national et communal.

### *3.3.1 La Cohérence avec les orientations universelles*

Les objectifs et les actions envisagées du projet s’insèrent parfaitement autour des Objectifs du Millénaire pour le Développement et plus précisément à ses objectifs 4,5 et 6 :

* OMD4 : réduire la mortalité Infantile ;
* OMD5 : Améliorer la santé maternelle ;
* OMD6 : Combattre le VIH/Sida, le paludisme et d’autres maladies.

### *3.3.2 La pertinence du projet par rapport aux orientations nationales*

***☺ Cohérence avec les orientations nationales***

Le projet ML contribue à la résolution du défi majeur relevé par le Plan de Développement Economique et Social (**PDES)** du Niger ; à savoir, la maîtrise de la croissance démographique à travers sa composante distribution à base communautaire des contraceptifs et les communications pour un changement de comportement sur la planification familiale.

Il est également en cohérence avec **L’initiative 3N** (i3N)**«**les Nigériens Nourrissent les Nigériens**»,** elle-même en lien avec le PDES. Il s’agit des axes 3 et 4 de l’i3N :

*-Axe 3 : Amélioration de la résilience des populations face aux changements climatiques, crises et catastrophes;*

*-Axe 4. Amélioration de l’état nutritionnel des nigériennes et des nigériens*

L’amélioration de l’état nutritionnel des bénéficiaires est le cœur même du projet Maman Lumière et donc un élément fondamental de cet axe 4 de 3N

### *3.3.3 La pertinence du projet par rapport aux réalités socio-économiques*

Trois domaines de défis sont ciblés par les interventions du projet ML, ils sont relatifs à : la démographie, la sécurité alimentaire et nutritionnelle et sanitaire. Les statistiques sont assez révélatrices de la gravité de la situation socio-économique en ce qui concerne ces trois domaines cités.

De l’analyse de la situation socio-économique en 2011 par rapport à ces domaines (année au cours de laquelle le projet a été élaboré), on peut retenir :

***- Au plan démographique***

La population nigérienne, estimée à 16 millions d’habitants en 2011, évolue encore à un rythme très élevé avec un taux de croissance démographique de 3,3% en liaison avec un indice synthétique de fécondité élevé de 7,1 enfants par femme depuis 2006.

La fécondité élevée s’explique notamment par des facteurs d’ordre culturel et religieux induisant souvent une forte réticence des communautés à l’égard de l’espacement et de la limitation des naissances (extrait du PDES)

***- Au plan sécurité alimentaire***

Sur les 50 dernières années, le Niger a enregistré des déficits céréaliers très fréquents (une année sur deux en moyenne). En plus, même dans les années de production équilibrée ou excédentaire, environ 6 ménages sur 10 ne peuvent couvrir leurs besoins alimentaires que pour 3 mois.

La situation alimentaire est souvent particulièrement dramatique pour les enfants de moins de 5 ans : environ 4 enfants sur 10 sont dans une situation de sous-nutrition chronique et 1 sur 10 dans une situation de sous-nutrition aigüe

En 2011 (selon le rapport préliminaire d’enquête de vulnérabilité réalisé en décembre 2011) au plan national, ce sont 34,9% des ménages, soit 5 458 871 personnes qui étaient en situation d’insécurité alimentaire dont 8,5% en insécurité alimentaire « sévère », soit 1 324 435 personnes, 26,4% en insécurité alimentaire « modérée », soit 4 134 436 personnes.

Au niveau rural ce sont 32,1% des ménages, soit 4 268 505 personnes qui étaient dans une situation d’insécurité alimentaire dont 6,3% en insécurité alimentaire sévère, soit 838 476 personnes et 25,8% en insécurité alimentaire « modérée », soit 3 430 029 personnes.

Selon la même source, les régions de Zinder et Maradi comptaient parmi les régions où on a observé les plus fortes proportions de ménages en insécurité alimentaire sévère et modéré. (Respectivement 35,8% et 27,9%)

La situation d’insécurité alimentaire au niveau des départements ciblés par le projet ML se présentait comme suit :

**Tableau N°5 :** La situation d’insécurité alimentaire des populations des départements ciblés par le projet ML (décembre 2011)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Départements (suivant ancien découpage)** | **Sévère** | **Modérée** | **A risque** | **Population totale** |
| Madarounfa | 5,2%, soit 21 162 pers | 15,4% (62 901 pers) | 21,4 (86 946) | 407 157 |
| Mirriah | 4,2% (33 724 pers) | 18,6% (148 597 pers) | 20,5% (163 847) | 800026 |

Source : extrait du rapport de vulnérabilité, Décembre 2011

***- Au plan santé et nutrition***

Les enfants de moins de 5ans constituent la cible la plus affectée par la malnutrition en raison de comportements non favorables en matière d’hygiène et d’assainissement.

Le niveau de la malnutrition chronique est resté très élevé, en liaison notamment avec la vulnérabilité à l’insécurité alimentaire consécutive aux crises alimentaires récurrentes dans le pays (48,1% en 2010)

Depuis 2005, se sont près de 360 000 cas de Malnutris Aigue Sévères (MAS) qui sont pris en charge chaque année.

Ainsi, une approche de prévention et de prise en charge à la base communautaire constitue un moyen pour réduire le nombre de cas MAS.

### *3.3.4 La pertinence du projet par rapport aux principes, approches et orientations de CARE*

***☺ Le projet ML est en harmonie avec les principes prônés par CARE International***

Les principes de CARE auxquels s’aligne le projet, sont principalement les suivants :

* promouvoir l’autonomisation pour une meilleure protection des droits et responsabilisation des acteurs ;
* la recherche des résultats durables ;
* travailler en partenariat avec les autres à travers éventuellement des alliances et partenariats ;
* veiller à la redevabilité et promouvoir la responsabilité à travers l’appui des acteurs ;
* combattre la discrimination.

En effet, le projet ML à travers sa démarche, s’appuie sur le partenariat avec plusieurs catégories d’acteurs (Les communes, les ONG, les services techniques, les membres et leaders des communautés, les autres intervenants, etc).

Et la principale innovation du projet ML repose essentiellement sur la mise en place d’un dispositif communautaire de surveillance/dépistage, la prise en charge des malnutris modérés et la référence des malnutris sévères.

Autre innovation du projet est qu’il fait de la sensibilisation des femmes, des hommes et des différents acteurs pour la prise de conscience en matière de malnutrition maternelle et infantile et pour l’adoption de bonnes Pratiques Familiales Essentielles (PFE).

***☺ Le projet s’insère parfaitement dans le plan Stratégique (PSP) 2009 – 2015 de CARE International au Niger***

En effet, les intérêts thématiques de CARE International au Niger sont promus dans le contenu du projet ML.

Celles auxquelles sont liées les actions du projet ML sont :

-le renforcement du pouvoir des femmes pour améliorer la santé maternelle et la nutrition

des enfants ;

-l’alerte précoce ;

-la réduction des risques de désastres ;

-la sécurité alimentaire et nutritionnelle ;

-le changement climatique ;

-eau et assainissement.

En effet, les FARN mis en place sont constitués essentiellement des femmes mères d’enfants et les actions prévues par le projet intègrent aux activités de FARN, la mise en place des greniers villageois de prévoyance, des jardins de cases et la plantation de case (plants de moringa) dans la perspective d’adaptation aux changements climatiques et les activités ATPC (la construction des latrines familiales et la sensibilisation à l’hygiène et l’assainissement).

Ces mêmes thématiques reflètent bien les domaines de la théorie de changement définie dans Plan Stratégique (2009 – 2015) de Care International au Niger en vigueur.

***☺ Les anciennes approches capitalisées et les nouveaux focus à l’évolution programmatique de CARE ont été valorisés***

Les approches de CARE suivantes ont été promues par le projet ML :

* la promotion de l’engagement des hommes dans l’empowerment des femmes ;
* le partenariat stratégique et le renforcement des capacités des acteurs de la société civile ;
* la déviante positive ;
* l’enfant pour l’enfant ;
* l’approche Mata MasuDubara (MMD).

***☺ Le projet a pris en compte les expériences passées de CARE***

Le projet ML de par ses axes d’intervention, ses approches, ses acteurs d’impacts et dans certaines mesures par sa couverture spatiale et son montage institutionnel et opérationnel, constitue une opportunité de valorisation et de renforcement des acquis du projet qui la précédé, il s’agit du projet PPIND.

Le PPIND s’appuie sur deux axes : la nutrition et la démographie. Et le projet ML en plus de ces deux axes, intègre la question de résilience face aux crises récurrentes que connait la zone du projet.

## 3.4 Analyse de la conduite du projet

### *3.4.1 La chronologie dans la mise en œuvre des activités du projet*

Le processus de mise en œuvre du projet ML peut être subdivisé en deux phases : la phase de démarrage, la phase de mise en œuvre des activités programmatiques.

***a) la phase de démarrage du projet***

Les activités de démarrage du projet ont concerné essentiellement le recrutement du staff, la conduite des ateliers locaux de choix des communautés d’intervention, le lancement officiel des activités du projet, la formation initiale de base pour le staff du projet, la planification détaillée des activités de l’an 1 et la conduite de l’étude de base.

Nous retiendrons du déroulement de ces activités ce qui suit :

* Par rapport au recrutement du staff

CARE Niger a anticipé sur cette activité clef depuis le mois de décembre, permettant la signature des contrats de travail dès notification par CARE France de l’Accord du bailleur. Ce qui a permis au staff du projet d’être opérationnel dès la première semaine de démarrage.

* Par rapport aux ateliers locaux de choix des villages

Deux ateliers locaux d’identification des villages bénéficiaires ont été organisés par les équipes du projet et des ONG AFUA et FORSANI.

Pour garantir une pleine implication des autorités locales (administratives et coutumières) et celle des services techniques partenaires de mise en œuvre, ces ateliers se sont déroulés dans les chefs-lieux des deux départements d’intervention et ont été présidés par les Préfets des départements.

Ces ateliers ont permis d’une part de présenter et d’expliquer le projet et faire connaître le bailleur et les principales stratégies d’intervention, et d’autre part de dégager de façon consensuelle des critères de sélection des villages avant de procéder au choix. Il a été arrêté comme critères principaux : la taille de la population du village, l’éloignement par rapport à une structure de santé et la non présence d’acteur intervenant dans le même domaine. A l’issue de ces deux ateliers, les 70 communautés d’intervention ont été validées par les autorités. Des PV ont sanctionné les travaux.

* Par rapport au lancement officiel du projet

Le 28 Mars 2012, CARE Niger a officiellement lancé les activités du projet Maman Lumière par l’organisation d’une session de récupération nutritionnelle avec des produits locaux dans le village de Réréwa situé à une vingtaine de km au Sud de Zinder.

Cette cérémonie qui a été dirigée par le Ministre de la Santé a vu la participation des autorités administratives, coutumières et des élus de la Région de Zinder. Ce lancement officiel contribue à la stratégie de plaidoyer initiée par le projet pour avoir l’adhésion des principaux responsables de santé dans la mise en œuvre du projet.

***b) La phase de mise en œuvre effective des activités programmatiques***

Les activités programmatiques ont été réalisées sur les trois années qu’a duré le projet, mais il faut noter que les deux premières années ont été les plus actives au plan technique :

* A la première année, les activités ont concerné : les activités de lancement, d’information et communication, de ciblage des villages, réalisation des études (l’étude de base et le recensement dans la zone d’intervention),structuration des compétences communautaires, de formation suivi et encadrement des acteurs et de la mise en œuvre d’autres activités programmatiques qui concernent les quatre (4) résultats du projet ;
* A la deuxième année, les activités ont essentiellement porté sur la poursuite de la structuration et des activités des FARN, leur suivi et encadrement, le démarrage effectif des activités Assainissement Total Piloté par la Communauté (ATPC) avec un voyage d’étude réalisé en juin 2013 dans la zone du projet Plan Niger et la formation des formateurs, ainsi que l’établissement de la situation de référence en ce qui concerne l’ATPC.

C’est au cours de cette même période qu’on a assisté à l’introduction des activités de dépistage et de référence des femmes enceintes et allaitantes malnutries, à l’évaluation à mi-parcours et la réorientation des jardins de case, ainsi que le suivi de réapprovisionnement des greniers nutritionnels ;

* S’agissant de la troisième année du projet, les activités du premier semestre ont été articulées autour de principalement : la poursuite de la mise en place de l’encadrement et du suivi des activités des structures communautaires ; la poursuite des activités ATPC ; la communication sur les acquis du projet (journées d’animation et réunions de partage). Par contre au deuxième semestre, un plan de sorti a été élaboré et mis en œuvre depuis août 2014. Cette initiative a occasionné la suspension provisoirement de certaines dépenses hors salaires contenues dans les sous accords signés avec les ONG opératrices. Malgré les directives d’une gestion stricte, les ressources nécessaires à la mobilisation et à la mise en œuvre des activités de communication pour un changement de comportement (CCC) et autres activités liées au plan de retrait ont été assumées.

Les activités contenues dans le plan de clôture comprennent : l’organisation des réunions de coordination, la préparation des missions de supervision, évaluation finale, l’établissement des inventaires, la préparation des dossiers de fin de contrat du personnel affecté au projet, l’achèvement de quelques activités programmatiques (formation des inspecteurs de l’éducation, l’organisation des journées sans blouse, ……. etc.).

**De l’analyse de ce qui précède, nous retiendrons :**

***☺ La conduite du projet a favorisé la participation***

La démarche adoptée par le projet peut être qualifiée de multi acteurs, en ce sens qu’à toutes les étapes du processus de mise en œuvre (le ciblage des villages du projet, la planification des activités du projet, les actions de renforcement des capacités,….), les acteurs à différents niveaux et chacun suivant ses compétences ont été impliqués (les autorités nationales/locales/communales/coutumières, les services techniques de l’Etat, les communautés : structures organisées, hommes et femmes).

***☺ La flexibilité de la conduite du projet***

A plusieurs circonstances, le projet a dû procéder à des réorientations. Nous retenons :

* l’adaptation des activités en fonction de la réalité du contexte (exemples : l’activité de mise en place des jardins de case qui a été remplacée par la plantation de case en raison de la difficulté d’accès à l’eau exprimée par les bénéficiaires, coincé par le temps, l’activité de formation des enseignants et élaboration des modules scolaires, le projet a opté pour la formation des inspecteurs d’écoles) ;
* la prise en compte des actions des autres intervenants : cas de l’intégration de la question de nutrition dans les PDC, activité qui a été réalisée par l’UNICEF ;
* l’adaptation de l’approche en fonction de l’existence des compétences endogènes. En effet, les structures Mata Masu Dubara (MMD) étaient initialement perçues comme porte d’entrée du projet au niveau communautaire, mais les critères retenus lors des réunions de ciblage n’ont pas effectivement tenu compte de l’existence ou non des MMD et le temps a été jugé long pour la structuration des MMD au niveau des villages retenus, c’est pourquoi la démarche a favorisé la structuration des FARN en premier lieu quitte à organiser les membres des structures communautaires mises en place (EVPC/ML, DBC, GSPF, GS2A) plus tard en MMD.

Cependant, il faut relever tout de même que le rythme dans la conduite du projet n’a été bien synchronisé :

***☹ Trop d’activités ont été pilotées à la fois***

En raison de la multitude et de la diversité des activités prévues, les activités programmatiques ont toutes été démarrées dès la première année, mais malgré cela les activités comme celles liées à l’ATPC n’ont pas été effectives (aucun village n’a été certifié Fin de Défécation à l’Aire Libre- FDAL).

Ainsi, à cause de son caractère intégré et de l’ambition à la base, la durée du projet devrait être plus longue (au moins 5 ans), afin de donner plus de temps à la structuration du dispositif communautaire, à l’animation et la formation des acteurs, au plaidoyer auprès des décideurs et des structures sanitaires en place.

***☺/☹ Le ciblage des villages a été à la fois la clé du succès du projet etla difficulté pour le suivi du processus***

Les villages sélectionnés et validés par les rencontres de ciblage qui ont regroupé les autorités et autres acteurs parties prenantes répondent effectivement aux critères fixés (dont : sans centres de formation sanitaire), mais leur dispersion géographique a quelque peu rendu difficile le suivi par les agents de terrain.

***☺ La planification, le suivi et l’évaluation ont été bien assurées***

Le projet dispose d’un cadre logique sur lequel les acteurs se sont appuyés de manière concertée pour produire des plans annuels d’activités (DIP : Plan détaillé de mise en œuvre du projet).

Les rapports périodiques ont été également produits régulièrement. Il s’agit des rapports annuels d’activités et financiers, des rapports des études et évaluations (l’étude de référence de suivi des indicateurs et l’évaluation à mi-parcours), etc…..

Au niveau communautaire : les relais communautaires tiennent un registre communautaire dans chaque village qui renseigne les activités, les missions, …

# B- Les acquis du projet

Ce point traite de l’analyse de : l’efficacité, l’efficience, la durabilité, les effets et impacts, et les leçons apprises.

## Analyse de l’efficacité

### *3.5 1 Le bilan des réalisations*

***☺ La plupart des activités planifiées a été réalisée:***

Les activités prévues et mises en œuvre relèvent de plusieurs domaines :

* le développement de compétences endogènes et locales en matière de prévention et de prise en charge de MMI à travers la structuration et l’encadrement des FARN, des EVPC, des Comités de Salubrité (CS), des Groupes de Soutiens spécialisés (GS), des MMD, des Distributeurs à base communautaire de contraceptifs, les Agents villageois (AV) ;
* les actions de contrôle de la démographie (distribution des contraceptifs à base communautaire, sensibilisation pour un changement de comportement), l’hygiène et l’assainissement (ATPC, promotion des actions de salubrité) ;
* la promotion des bonnes pratiques nutritionnelles à moindre coût (promotion des recettes à base d’aliments locaux, communication pour un changement de comportement) ;
* les actions visant à renforcer la capacité de résilience des groupes cibles et à mieux s’adapter aux changements climatiques (Greniers nutritionnels, jardins de cases ou plantations de cases).

Cependant, certaines activités restent à finaliser ou réorientées au passage de la mission d’évaluation. Il s’agit des:

* activités programmatiques qui n’ont pas été réalisées, à savoir :
  + la mise en place SCAP/RRM (Activité prise en compte par d’autres projets de CARE à savoir les Projet Genre Agriculture et gestion des Risques Climatiques (GARIC) et Maradi Sustainable Agriculture Support (MASASU))
  + la dotation des centres de formation sanitaires en matériels et produits de traitement systématiques ;
* activités réorientées qui sont :
  + l’intégration de la question de MMI dans les PDC (UNICEF a déjà apporté son appui dans ce cadre) ;
  + les jardins de cases convertis à la plantation de case, la production des supports destinés à la formation des élèves réorientée vers la formation des inspecteurs ;
* activités partiellement réalisées sont : cas de la conduite des actions de plaidoyer (réunions, caravanes, médias) seulement le projet a participé au salon SINAGRO (Salon International de l’Agriculture et de l’Agroalimentaire au Niger) édition 2012 et 2013 et à la JASAN (Journée Africaine de la Sécurité Alimentaire et Nutritionnelle). Avec ces événements d’envergure nationale, CARE a tenu un stand pour exposer ses produits en lien avec la nutrition communautaire (y compris les documents de stratégies produits) et pour animer des conférences sur la nutrition communautaire. CARE a également participé à la foire aux savoirs, organisée conjointement par le CILSS et la FAO où le représentant de CARE a présenté en panel son modèle de nutrition préventive à assise communautaire. Enfin, fort de son expérience communautaire CARE roche a participé à la révision du Protocole National de PCIMA pour favoriser l’intégration de la prévention et la prise en charge à base communautaire de la MMI et à l’élaboration du document de stratégie nationale de prévention et prise en charge de la malnutrition chronique. Il est a noté que ces deux documents de stratégie nationale mentionne parfaitement la prise en charge communautaire par le FARN comme une étape dans le schéma national de prise en charge validé.

***☺ Les structures communautaires mises en place et encadrées sont diversifiées.***

Le tableau N°6 ci-après fait le point des structures communautaires mises en place par le projet :

**Tableau N°6** : Les types de structures communautaires mises en place par le projet

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Structures** | **Département de Mirriah** | **Département de Madarounfa** | **Total** | **Prévision** | **Taux de réalisation (%)** |
| EVPC | 40 | 28 | 68 | 70 | 97 |
| GS |  |  | 230 | 210 | 110 |
| DBC | 40 | 28 | 68 | 70 | 97 |
| CS | 40 | 30 | 70 | 70 | 100 |
| AV | 38 | 20 | 58 | ND |  |
| MMD | 130 | 50 | 213 | ND |  |

Il ressort que le niveau de réalisation de ces structures communautaires est satisfaisant et elles représentent les principaux acteurs du Foyer d’Apprentissage et de Réhabilitation Nutritionnelle (FARN) définis dans le guide de structuration communautaire conçu et adopté par le projet.

***☺ Les actions de contrôle démographique ont été assurées au niveau communautaire***

La distribution des contraceptifs à base communautaire a été effectuée au niveau des villages ciblés par le projet. Plusieurs types de contraceptifs ont été distribués par les distributeurs à base communautaire (voir tableau N°7ci après) :

**Tableau N°7 :** Situation de la distribution des contraceptifs

|  |  |
| --- | --- |
| **Types de contraceptifs distribués** | **Nombre distribué** |
| Microlyte | 1473 |
| Microgynon | 2178 |
| Condom | 311 |

Sources : extrait des rapports annuels an1 et an2

Le suivi par le projet de l’utilisation de ces contraceptifs a relevé 3630 femmes bénéficiaires utilisatrices parmi lesquelles 153 ont abandonné (soit 4%) et 983 (soit 27%) ont été référées pour les méthodes modernes de longue durée d’actions.

***☺ Les séances de sensibilisation et de communication pour un changement de comportements ont été effectives***

Plusieurs séances de sensibilisation pour un changement de comportement ont été réalisées et la participation a été effective (79 530 participants dont 23135 Hommes et 56 395 Femmes).Et douze (12) thèmes ont été séquentiellement véhiculés conformément aux procédures pédagogiques des modules disponibles. Les agents des ONG AFUA et FORSANI ont été d’abord formés avant le transfert au niveau communautaire.

Au total, 12 Journées d’Animation ont été également organisées et ont concerné toutes les UI et a regroupé 407 membres des structures communautaires. A cela s’ajoutent les journées sans blouse tenues.

Ces rencontres en plus de leur caractère de motivation des acteurs, elles ont servi de cadre de rencontre entre les autorités et les communautés, et constitué un moyen de visibilité et d’échange inter structures et inter villages.

***☺/☹ Les activités d’hygiène et assainissement sont à leur début***

Les comités de salubrité ont été mis en place au niveau des villages d’intervention du projet et la plupart sont tous fonctionnels.

En ce qui concerne les activités ATPC, l’opération a été déclenchée dans quelques villages et une étude de situation de référence a été effectuée avec l’appui les Directions Départementales de l’Hydraulique.

Les rapports annuels du projet rapportent que l’ATPC a été déclenché effectivement dans 56 UI. Et que 835 latrines ont été construites et 434 latrines étaient en cours.

***☺ La mise en place et le suivi des greniers NUT ont été effectifs***

Toutes les UI ont bénéficié de greniers NUT et les stocks mis en place diffèrent d’une UI à une autre.

Le stock initial placé (appelé banque de céréales) totalise à Madarounfa240 sacs de mil, 120 sacs de sorgho, 60 sacs de Niébé et à Mirriah 318 sacs de mil, 204 sacs de sorgho et 90 sacs de Niébé.

***☺/☹ Le renforcement des capacités des agents de santé a été réalisé, mais leur collaboration avec les dispositifs communautaires reste timide à certains endroits***

*Les*causes de la timidité de la collaboration et de la réticence des Agents de santé à s’impliquer pleinement dans les activités communautaires sont entre autres ;

1. Le rôle des Agents de santé ne leur avait pas été clairement notifié,
2. Les Animateurs du projet n’associaient pas les Agents de santé au suivi/encadrement et la supervision des EVPC,
3. Les rapports d’activité des EVPC ne sont pas transmis aux CSI par les Animateurs, alors que pour une durabilité des activés, ce sont les Agents de santé qui devraient les collecter, les centraliser et les transmettre aux Animateurs.
4. Les activités des EVPC ne sont pas prévues ni intégrées au rapport SNIS,
5. La collaboration devrait être dynamique aux niveaux Régional et Départemental pour que les CSI suivent le pas sous ordre de la hiérarchie.

29 chefs CSI et 23 agents de CS ont été formés en deux phases.

### *3.5.2 Le niveau d’atteinte des résultats immédiats du projet*

***☺ Les FARN sont connus et sont opérationnels***

Un système intégré et participatif de prévention et de prise en charge de la malnutrition maternelle et infantile existe au niveau des UI.

Le tableau N°8 ci-après présente les éléments de performance des FARN de la première année de leur fonctionnement jusqu’au 1er semestre de la troisième année.

**Tableau N°8:** La performance des FARN

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Indicateurs de suivi** | **Madarounfa** | **Mirriah** | **Cumul** |
| Nombre total d’enfants dépistés | 4 375 | 3 263 | 7 638 |
| Nombre d'enfants malnutris aiguë (modérés + sévères) | 620 | 442 | 1062 |
| Nombre d'enfants sévères référés | 136 | 76 | 212 |
| Nombre d'enfants modérés | 484 | 366 | 850 |
| Nombre d’enfants admis au FARN | 318 | 75 | 393 |
| Nombre d’enfant ayant bénéficié de la démonstration culinaire | 707 | 209 | 916 |
| Nombre de session de démonstration culinaire | 45 | 29 | 74 |
| % d’enfants réguliers au FARN | 72,01% | 100% | 86,01% |
| % des enfants sortis avec gain de poids après 15 jours | 58% | 75,86% | 66,93% |
| % des enfants sortis guéris après suivi post 2 avec PB | 75% | 75,55% | 75,28% |
| Taux d’abandons au suivi post 2 | 1% | 0% | 0,50% |
| Taux de mortalité au suivi post 2 | 0% | 0% | 0,00% |

Ce dispositif appelé FARN comprend des acteurs communautaires de prévention (CS, GS, DBC, EVPC et ML) et de prise en charge (EVPC et ML).

🟋Connaissance et fréquentation des structures communautaires par les groupes cibles du projet

De la déclaration de plus de 80% des groupes cibles du projet enquêtés dans les Départements de Mirriah et de Madarounfa, les différentes structures communautaires mises en place sont connues et fréquentées.

Selon toujours leurs déclarations, les services fournis par ces structures communautaires sont essentiellement la démonstration culinaire des recettes, les séances de sensibilisation sur la salubrité, le dépistage des malnutris, le PF avec distribution de contraceptifs. Quant à l'appréciation de l'accueil et de la qualité de services fournis, ils sont jugés bien dans l'ensemble.

Selon les enquêtées, les ML constituent "uwamadubi" littéralement signifie maman lumière en tant que modèles/leaders de femmes dans la pratique de la PF en matière de: gestion des enfants malnutris, de sensibilisation formation sur les recettes culinaires, d'hygiène et assainissement, de vie associative, etc.

Les atouts de ML selon les enquêtées, sont qu'elles sont patientes, motivées, populaires, convaincantes et modèles de propreté. Et ceci constitue les critères de choix de ML.

Témoignage de RahanaLawali du village de Dantamandé/Dan Issa sur ML: "Je souhaite être maman lumière pour beaucoup de choses: m'occuper bien des enfants, ne pas avoir des enfants malnutris et appliquer l'hygiène. Merci uwamadubi!"

***☺ L’état de malnutrition chez la mère et l’enfant est bien défini par les groupes cibles***

De l’analyse des perceptions que se font les groupes cibles du projet rencontrés par la mission en ce qui concerne la signification, la cause et les recours en cas de malnutrition, il ressort qu’ils ont dépassé les préjugés et sont plus objectifs :

🟋Signification d’une mère ou d’un enfant malnutri selon la déclaration des enquêtées (FA, FE, MEM/N et ML)

Dans le Département de Mirriah:

|  |  |
| --- | --- |
| **Perceptions par rapport à la Mère malnutrie** | **Perceptions par rapport à l’enfant malnutri** |
| les enquêtées assimilent une mère malnutrie à :  -une mère affamée, qui a une alimentation ;  -une mère malade et mal nourrie;  -une mère malade, mal nourrie et malpropre;  -un état de gestation chez la femme;  -des grossesses rapprochées accentuées par une sous-alimentation et qui ne pratique pas l’AME. | Les enquêtées lient un enfant malnutri à :  -un enfant affamé;  -un enfant sous-alimenté (en nourriture complet ou lait maternel);  -un état de maladie (fièvre, vomissement, diarrhée, dentition, lésions buccales, cheveux roux, etc.) chez l’enfant concerné;  -un enfant malade et mal nourri (nourriture et pauvreté de lait maternel);  -un enfant mal allaité  -un enfant qui a été tété par une mère enceinte |

Dans le Département de Madarounfa:

|  |  |
| --- | --- |
| **Perceptions par rapport à la Mère malnutrie** | **Perceptions par rapport à l’enfant malnutri** |
| Les enquêtées assimilent une mère malnutrie à :  - une mère affamée voire sans hygiène corporelle;  -toute femme amaigrie et qui ne mange pas bien et/ou manque de nourriture;  -une mère souvent malade (fièvre, vomissement, diarrhée, etc.). | Les enquêtées lient la malnutrition chez un enfant à :  -un état de maladie (dentition, fièvre, vomissement, diarrhée, lésions buccales, cheveux roux, etc.) chez le sujet concerné;  une apparence (amaigri et peau ridée, corps faible et corps flasque). |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***☺ Les causes de la malnutrition sont mieux perçues par les acteurs cibles du projet***  🟋 Causes de la malnutrition selon la déclaration des enquêtées (FA, FE, MEM/N et ML)  Dans le Département de Mirriah, les enquêtées assimilent la cause de la malnutrition aux:   * maladies (diarrhées, fièvres, maux de vente, de tête, vomissement, paludisme); * à la sous-alimentation (manque de nourriture riches y compris apport en fruit et de lait maternel); * à la faim et les maladies; * à une insuffisance d'hygiène et la pauvreté qui sont à la base de la malnutrition; * à l'état de grossesse (rapprochées notamment) chez une femme; * à la pauvreté et l'ignorance chez la concernée; * à une sous-alimentation et aux maladies.   Dans le Département de Madarounfa, les enquêtées ont avancé quasiment les mêmes causes que celles rencontrées à Zinder. Ce sont :   * -la sous-alimentation ; * la sous-alimentation (nourriture riches y compris apport en fruit, aliments constructeurs et de lait maternel) et l'insuffisance d'hygiène (lavage mains, manque d'entretien); * des cas de maladies (diarrhées, fièvres); * le sevrage brutal (notamment suite à une autre grossesse); * la sous-alimentation, l'insuffisance d'hygiène et la pauvreté; * l’allaitement d’un enfant dans un état de grossesse ; * l'état de grossesse précoce chez une femme; * la non observance des pratiques de PF tel que l'allaitement exclusif.   ***☺ Les bonnes stratégies sont adoptées par les groupes cibles du projet ML en cas de malnutrition***  🟋Stratégies adoptées face à la malnutrition selon la déclaration des enquêtées (FA, FE, MEM/N et ML)  Interrogées sur les stratégies adoptées pour faire face à la malnutrition, les FA, FE, MEM/N et ML enquêtées dans les deux régions ont déclaré faire recours au centre de santé, d'où elles suivent les conseils sur l'alimentation (bouillie enrichie au tourteau d'arachide, aliments à base de feuilles, lait maternel, CSB, ...) à donner et fournir une alimentation riches à l'enfant.  Les stratégies déclarées sont :   * faire recours au centre de santé comme stratégie; * considérer l'alimentation (bouillie enrichie, tsaki, dan waké, poisson, …) de l'enfant comme stratégie de gestion de la malnutrition; * faire attention à l'hygiène et assainissement pour faire face à une situation de malnutrition lavage des mains, hygiène corporelle) et quelques mesures préventives (dormir sous moustiquaire) de maladie pour faire face à une situation de malnutrition ; * adopter les pratiques de PF en faisant attention à ne pas tomber enceinte pendant qu’elles allaitent.   ***☺ Le niveau de connaissance et d’application des pratiques familiales essentielles (PFE) s’est amélioré***  L’évaluation s’est intéressée à l’allaitement immédiat et exclusif, l’adoption de bonnes pratiques d’hygiène et assainissement, l’adoption des méthodes de la planification familiale.  ***a) Par rapport à l’allaitement immédiat et exclusif***  Ce sont les ML, FE, FA, MEM/N, HAP, qui se sont penchés sur la question.  🟋Pratique de l’allaitement immédiat/exclusif selon la déclaration des enquêtés (ML, FE, FA, MEM/N et HAP)  Dans les deux zones (Maradi et Zinder), les enquêtées dans leur majorité (plus de 90% des ML, plus de 80% des FE, plus de 80% des FA et plus de 90% des MEM/N) ont déclaré pratiquer l’allaitement immédiat et exclusif grâce principalement aux conseils reçus des infirmières pour : i) protéger le nourrisson des maladies et de la malnutrition car le premier lait et très riche et protège l’enfant ; ii) favoriser un bon développement de l’enfant ; iii) éviter des grossesses rapprochées ; iv) permettre à l’enfant de vite grandir ; v) favoriser l’intelligence chez l’enfant ; vi) respecter les conseils de l'agent de santé ; vii) palier la longue attente pour l’écoulement du lait maternel (en donnant le colostrum) ; viii) créer un lien d'affection entre l'enfant et sa mère ; ix) AME méthodes naturelles de contraception ; contribuer à se débarrasser du placenta et avoir le sentiment de mère etc.  Par contre, les enquêtées qui ne pratiquent pas l'allaitement immédiat, justifient leurs attitudes par : le manque d’expérience et la crainte de provoquer la maladie chez l’enfant, l’accouchement non assisté (à domicile), le manque d'information, l'habitude à associer l'allaitement à autres aliments, respecter la tradition qui veut qu'on associe au lait maternel autres aliments pour nourrir un nourrisson.  Témoignage de RoumaTassi du village de Kougueri/Zinder sur la pratique de l’allaitement exclusif « J’ai peur de le pratiquer, mais, je suis informée. J’ai peur de voir mon enfant tombé malade ».  L’âge de sevrage définitif du lait maternel adopté par les enquêtées dans ces deux régions varie de 15 à 24 mois selon les déclarantes de ces enquêtées (ML).  Les procédures de sevrage définitif observées par les enquêtées sont similaires et variables : donner à l’enfant le plat familial plus un plat spécial (non décrit à la mission), utiliser les produits pharmaceutiques tel le sirop afin d'éviter à l'enfant la diarrhée et l'amaigrissement et/ou renforcer son appétit, faire recours aux marabouts, donner à l’enfant des médicaments traditionnels, donner à l'enfant de la décoction, servir une alimentation enrichie (bouillie, pâte alimentaires, riz, niébé, ... avec huile, poisson, œuf, fruits, lait), réduire progressivement le nombre de tétées, utiliser la méthode traditionnelle en empêchant systématiquement à l'enfant de téter et/ou à transporter l'enfant chez ses grands-parents.   |  |  | | --- | --- | | ***b)*** ***l’adoption des méthodes de planification familiale***  🟋Adoption de la PF selon la déclaration des enquêtés (FE, FA, ML, MEM/N et HAP)  L’analyse des résultats de l’enquête sur la PF indique que grosso modo dans les deux Départements, elle est faiblement pratiquée par les différents groupes cibles rencontrés (37 à 57% chez les MEM.N, 57 à 75% chez les FE, 23 à 71% chez les FA, 21 à 43% chez les HAP).  Plusieurs raisons sont avancées à cet effet et selon les zones :  - dans la zone de Zinder, les justifications données en termes d’avantages que procure la pratique de PF sont diversifiées. Il s’agit de : éviter les grossesses rapprochées ; un bon espacement des naissances, un bon développement et meilleure santé de leurs enfants, favoriser un repos de l’organisme de la femme et le bien-être de l'enfant,  - dans la zone de Maradi, les raisons déclarées sont : permettre à la femme de se reposer et avoir des enfants bien portants en leur évitant la malnutrition, allaiter mieux le bébé, espacer les naissances, gagner l'estime du mari,  Les méthodes appliquées sont la prise de contraceptifs (pilule) par la femme ou les implants.  Cependant, dans les deux Départements, les enquêtées qui ne pratiquent pas ont donné les raisons suivantes liées à leur attitude : elles ne font pas de grossesses rapprochées, la méconnaissance et/ou le manque d'information sur les méthodes modernes de contraception, la jeunesse de la femme pour pratiquer la PF, l'absence des contraceptifs; le manque d'intérêt à la PF et le sevrage retardé, un espacement naturel entre les grossesses (2ans), le respect de la volonté du mari, le port de talisman "gris gris", et l'âge jugé avancé des intéressées (40 ans), plus d’intérêt pour les méthodes de contraception, traditionnelle (non précisée), le départ fréquent en exode des maris (notamment dans la zone de Mirriah), la profession de marabout de l'époux, peu d’enfants dans le ménage, la préférence pour les contraceptifs injectables, la femme n’a pas émis le désir de faire la PF et elle ne fait pas aussi des accouchements rapprochés et le manque de temps pour accompagner la femme au centre de santé. |  | |  |

***c) Par rapport à la connaissance de bonnes pratiques d’hygiène et assainissement (PHA)***

La mission d’évaluation a vérifié si les enquêtés peuvent citer au moins trois bonnes pratiques, il ressort de l’exercice, la connaissance et l’application de plusieurs PHA. En effet, on relève une :

🟋Connaissance des PHA selon la déclaration des enquêtés (ML, FA, FE, MEM/N, HAP)

Dans les deux Départements, la plupart des enquêtés déclaré avoir reçu des formations en Hygiène Assainissement(HA) à travers des séances de sensibilisation, des visites à domicile, la tenue des réunions en AG villageoises assurées par des équipes spécifiques.

Dans cette optique, la majorité (60 à 99% des ML, 43 à 88% des FE, 58à 67%des FA, 69 à 75% des MEM/N, 75%des HAP) des enquêtées ont été capables de citer au moins 3 bonnes pratiques HA.

En général les bonnes pratiques les plus citées par ces enquêtées sont les suivantes: lavage des mains au savon (enfants et mères)après défection, avant et après le repas, l'observation de l'hygiène des enfants, lessivage des vêtements, des ustensiles, balayage des maisons, entretiens des enfants, désherbage pendant la saison de pluies, salubrité, etc.

***☺ Les recettes culinaires introduites par le projet ML sont connues et sont appliquées***

La mission d’évaluation a interrogé les groupes cibles du projet (FA, MEM/N, FE, ML) sur les recettes culinaires pour enfants introduites par le projet ML dans sa zone d’intervention et ceci par rapport à leur niveau de connaissance de ces recettes et l’application qu’ils en font. Il ressort :

🟋Les recettes culinaires connues et appliquées selon la déclaration des enquêtées (FA, FE, ML, MEM/N)

Dans les deux Départements, sur les 8 recettes proposées par le projet, les enquêtées ont cité dans l’ensemble 5 recettes, qui sont les suivantes: danwaké, foura da maï, alala, tuwotsaki, bouillie enrichie (au tourteau d'arachide).

Les femmes interrogées ont également pu citer quatre principaux ingrédients pour chacune de ces recettes, comme l’indique le tableau N°9ci-après :

**Tableau N°9°:**Les quatre principaux ingrédients des recettes culinaires citées par les enquêtées des deux Départements.

|  |  |
| --- | --- |
| **Recettes citées par les enquêtées** | **Au moins 4 ingrédients par recettes déclarés** |
| bouillie enrichie | mil, tourteau, eau, huile |
| dan wake | niébé, huile, mil, sel |
| alala | niébé, huile, oignon, sel |
| foura da mai | mil, lait caillé, huile, tourteau |
| tsaki | sorgho, tomate, huile, sel |

On remarque que pour l’ensemble des recettes citées, quatre ingrédients au moins ont été cités, sauf dans le cas de la recette foura da mai où le tourteau a été énuméré parmi les ingrédients.

Il ressort des résultats de l’enquête que le nombre d’ingrédients cités par recette varie de 1 à 4 selon les types de recettes.

On relève également que dan waké, foura da maï, tuwo tsaki sont les plus maitrisées. Cela s’explique aisément en raison de la disponibilité et l’accessibilité de leurs ingrédients.

Il ressort qu’en plus des quatre principaux ingrédients des recettes les plus utilisées, d’autres ingrédients ont été cités dans le but selon les personnes interrogées pour substituer certains ingrédients ou pour renforcer les recettes (cas du gombo au lieu de feuille de baobab pour la recette dan waké, le sucre en plus pour renforcer la recette foura da maï et le mil au lieu de sorgho pour la recette Tsaki).

Ceci démontre le grand intérêt que portent ces mères d’enfants à l’utilisation des recettes proposées par le projet.

S’agissant du niveau d’utilisation de ces recettes, les enquêtées se sont auto évaluées en s’attribuant une note comprise entre 1 et 5 (5 étant la plus forte).

Il ressort encore de l’enquête que Foura da maï, dan waké et tsaki sont les recettes les plus appliquées puisqu’elles enregistrent la plus forte note, c'est-à-dire 5 (45 à 74% des FA, 34 à 81% des MEM/N, 53 à 60% des ML, 25 à 30% des FE).

***☺ La fréquentation des centres de formation sanitaire (CFS) par les groupes cibles du projet ML s’est améliorée***

🟋Fréquentation des CFS selon la déclaration des enquêtées (FA, ML, FE, MEM/N et HAP)

Selon les résultats de l’enquête, les CFS sont effectivement connus par la plupart des enquêtées. Dans la mesure où, les enquêtés sont à même de citer au moins un CFS.

Aussi, il ressort une bonne fréquentation de ces CFS par ces enquêtées à prêt de 100% pour chaque groupe cible de l’enquête.

Ces fréquentations de CFS sont motivées par : la proximité de paquet complet au niveau du CFS; la prévention des cas de maladie à travers les consultations et/ ou pour des traitements médicaux; le CFS constitue un centre de référence où il y a toujours une permanence, les séances de sensibilisations, disponibilité et compétence des agents,…

Les principales prestations pour lesquelles les enquêtées visitent les CFS sont aussi diversifiées: la consultation curative (fièvre, maux de tête/ventre, vomissement, diarrhée, ...), la consultation nourrisson, la consultation prénatale, la vaccination, la prise en charge de la malnutrition, la planification familiale, la sensibilisation et les conseils et pour l’accouchement.

Il ressorts également de ces prestations, que la plupart des enquêtées vont aux CFS pour au moins trois prestations différentes (62 à 65% des FA, 96% des FE).

De manière générale, dans les deux Départements, la qualité de services fournis, le comportement des agents, les procédures et les conditions d'accès aux CFS sont bien appréciés par les enquêtées. En effet, tous ces éléments d’appréciation ont été notés 5 chacun par plus de 50% de chaque catégorie d’enquêtée.

Tout ce qui précède dénote en partie des effets de la contribution du projet en raison de l’intérêt croissant des femmes pour l’assistance médicale.

**NB :** Notez que les changements induits par le projet sont décrits plus bas au point intitulé effets et impacts du projet.

## 3.6 Analyse de l’efficience

***3.6.1 Le dispositif opérationnel du projet***

***☺ Le dispositif opérationnel est décentralisé***

Le dispositif opérationnel du projet comprend :

-Une équipe de coordination du projet au niveau de CARE Zinder composée du chef de projet, d’un agent de suivi et évaluation, un Comptable, et du personnel d’appui (un responsable administratif et financier, un Agent Administratif, une Secrétaire);

-L’équipe terrain de chaque ONG partenaire du projet (ONG AFUA et ONG FORSANI) ;

-Le staff au niveau national qui apporte un appui au projet à temps partiel, dans les domaines variés (administratif, comptable et financier, coordination des activités programmatiques, contrôle financier, en suivi et évaluation, etc.…);

-L’équipe au niveau de CARE France dans le cadre de la gestion des relations avec le bailleur et pour la supervision et l’assurance qualité.

La force de ce dispositif est que l’équipe au niveau du terrain est décentralisée (une ONG par zone, existence des agents terrain) et tout le staff du projet est constitué de nationaux. Aussi, l’implication des différents niveaux de CARE International au Niger et CARE France constitue un atout pour faciliter un meilleur transfert de compétences, mais aussi pour garantir la qualité des prestations.

***☺ L’expérience et le dynamisme des ONG locales partenaires du projet ML sont différents***

L’ONG FORSANI (Forum Santé Niger) est une ONG locale qui a son siège à Niamey avec des bureaux à Madarounfa et Maradi. Elle travaillait depuis 2005 (avant le projet ML) dans le domaine de la santé et la prise en charge médicale de la malnutrition aigüe sévère. Elle a ainsi intervenu au côté de MSF dans le domaine de la nutrition dans la région de Maradi.

Avec le départ de son partenaire MSF, elle s’est donnée plus de responsabilité dans la prise en charge de la malnutrition en mettant en œuvre des projets de prise en charge médical de la malnutrition.

C’est avec l’avènement du projet ML, que l’ONG s’est intéressée pour la première fois à la prévention et la prise en charge non médicale de MMI.

Ce nouvel axe d’intervention pour FORSANI est venu ainsi compléter son orientation de départ dans le domaine de la nutrition (la prévention vient s’ajouter à la prise en charge).

Actuellement, en dehors du projet ML qui clôture, l’ONG poursuit la mise en œuvre d’un projet de prise en charge dans la zone de Madarounfa. Selon les déclarations des responsables de l’ONG rencontrés par la mission, des projets de prise en charge médicale de la malnutrition au niveau des CFS destinés pour les régions de Dosso et Tahoua sont en cours de négociation.

S’agissant de l’ONG AFUA, elle est une structure locale dont le siège est basée à Zinder, une des régions d’intervention du projet ML. Par le passé, elle intervenait dans la micro assurance, chemin faisant, l’ONG s’est intéressée à la Nutrition et la Santé de la Reproduction (SR)en partenariat avec CARE Niger depuis plus de 5 ans, période à laquelle elle a été impliquée dans la mise en œuvre du projet PPIND.

CARE est resté depuis son principal partenaire et le projet ML qui clôture est son seul projet en cours au passage de la mission d’évaluation.

Les activités de l’ONG sont plus centrées sur la clinique médicale fonctionnelle à Zinder.

Très peu de perspectives sont à l’horizon pour l’ONG : seule une offre vient d’être soumise suite à l’appel à proposition lancé dans le cadre de l’ONG PATHFINDER.

La collaboration entre l’équipe CARE et les deux ONG a été jugée par les différentes parties très bonnes.

***☺ Les compétences au sein des équipes des ONG AFUA et FORSANI sont appropriées***

Au passage de la mission, les équipes des ONG étaient composées de :

|  |  |
| --- | --- |
| **ONG AFUA à Zinder** | **ONG FORSANI à Maradi** |
| Le personnel comprend 6 personnes :  -Un (1) technicien Nutrition ;  - deux (2) agents terrains ;  -Un (1) chauffeur ;  -Un (1) chargé de la gestion comptable et financière. | Le personnel comprend 5 personnes :  -Un technicien Nutrition ;  -Trois agents terrain ;  -Un chauffeur  La comptabilité est assurée par la personne compétente au sein de l’ONG |

Les compétences des membres des équipes des ONG rencontrées par la mission d’évaluation sont pertinentes et complémentaires :

-Au niveau de l’ONG AFUA, l’équipe renferme 2 agronomes de formation, des agents de santé et nutrition et du personnel qui a accumulé une forte expérience dans le domaine de la sécurité alimentaire.

-Au niveau de l’ONG FORSANI, on compte des infirmiers, sociologue et le comptable de l’ONG au niveau de Maradi.

Au niveau des deux équipes, les appuis en renforcement des capacités ont été apportés par le projet (à travers le staff CARE Niger) ont été faits dans l’action et basé sur les besoins exprimés ou identifiés. Les appuis concernent surtout les procédures de gestion des ressources affectées (procédures des bailleurs, gestion des ressources humaines, passation des marchés) les appuis ponctuels (auditeur interne, chargé du partenariat, les responsable financier et administratifs), sur les thématiques du projet (PFE, FARN, ATPC, genre en situation d’urgences, etc.) et le suivi évaluation (orientation sur les outils de collecte des données, supervision, rapportage au bailleur, etc.). Il faut cependant, relever que le projet ML a connu des départs volontaires de certains agents recrutés initialement (surtout au cours de la troisième année du projet).

***3.6.2 La participation des autres acteurs parties prenantes***

**☺/☹ Plusieurs acteurs ont été impliqués au processus, mais leur niveau de participation est variable**

Au nombre des catégories d’acteurs qui ont été impliqués au processus de mise en œuvre du projet, on peut citer :

- L’implication des élus au niveau communal qui a été marquée par leur participation à la formation sur la prévention et la prise en charge de la MMI, leur participation aux rencontres de ciblage des villages et participation aux différentes journées d’animation et journées sans blouse organisées dans le cadre du projet. Et également l’effectivité de l’intégration de la question de la malnutrition maternelle et infantile dans le Plan de développement Communal (PDC) à travers l’appui de l’UNICEF ;

-Les agents de santé surtout au niveau des CSI ont été impliqués par le projet à travers leur formation sur la thématique du projet (la prise en charge non médicale-FARN), leurs actions de ravitaillement des agents DBC en contraceptifs et leur participation aux rencontres organisées par le projet (journées sans blouses, réunion d’échange et communication) ;

-Les autres services technique sont été impliqués chacun suivant son domaine de compétence :

-Hydraulique (ATPC)

-Agriculture (mise en place des greniers NUT et jardins de cases) ;

-Environnement (mise à disposition des plants moringa, le suivi et la formation dans le cadre de l’activité plantation dans la zone d’intervention du projet) ;

-Inspections départementales de l’éducation (bénéficiaires de formation sur la prévention et la prise en charge MMI).

Concernant les autres intervenants (exemple SAWKI) dans les mêmes domaines que le projet ML, on note d’importants efforts fournis par le projet ML à travers des multiples rencontres avec ceux-ci pour éviter des doublons au niveau du terrain.

***3.6.3 La gestion des ressources du projet***

***☺ Les ressources affectées ont été bien gérées***

Le projet ML d’un coût global de 750 000 Euros est cofinancé par l’AFD à hauteur de 675 000 Euros. Sur le coût global, 692 183 Euros sont gérés au niveau de Care Niger.

Le tableau N 10 présente la situation de l’exécution du budget du projet.

**Tableau 10 :** La situation du niveau d’exécution du projet ML

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rubriques** | **Budget révisé Année 1** | **Budget réalisé Année 1** | **taux 1** | **Budget révisé Année 2** | **Budget réalisé Année 2** | **taux 2** | **Budget révisé Année 3** | **Budget réalisé Année 3** | **taux 3** | **Budget total révisé** | **Budget total réalisé** | **taux total** |
| Total coûts directs | 169 724 | 169 724 | 100% | 275 302 | 275 302 | 100% | 249 418 | 207 177 | 83,06% | 694 444 | 652 203 | 93,92% |
| Frais administratifs ou de structure (maximum 8% de 1) | 13 578 | 13 578 | 100% | 22 024 | 22 024 | 100% | 19 953 | 16 574 | 83,06% | 55 556 | 52 176 | 93,92% |
| TOTAL GENERAL | 183 302 | 183 302 | 100% | 297 326 | 297 326 | 100% | 269 372 | 223 751 | 83,06% | 750 000 | 704 379 | 93,92% |

En faisant une analyse du budget année par année, nous remarquons que le projet est à un taux d’exécution au passage de la mission de 93.92% sur les trois(3) années de sa durée.

Par contre nous remarquons que l’année 3 présente un taux de 83.06% contre 100% pour les années 1 et 2. Ceci s’explique par le fait qu’au passage de la mission d’évaluation l’état financier de la dernière année n’est pas finalisé.

Aussi, en faisant une analyse des rubriques telles : appui et suivi, évaluation et capitalisation, nous remarquons que l’année 3 est à 35.51% d’exécution par rapport aux deux années (an1 et an 2 du projet) qui sont à 100%. Cela est dû au fait que les lignes budgétaires de capitalisation, d’évaluation et d’audit du projet n’ont pas été exécutées ou faiblement exécutées comme l’indique le tableau N°11 ci-après :

**Tableau N°11**: Les rubriques qui ont été faiblement exécutées dans le budget du projet ML

| **N°** | **Rubriques** | **Budget révisé Année 3** | **Budget réalisé Année 3** | **Taux d'exécution** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **Investissement immobilier** |  |  |  |
| **2** | Investissement technique et mobilier | 1 374 | 463 | 33,66% |
| **3** | Transferts financiers | 437 | 60 | 13,77% |
| **4** | Fournitures et consommables | 5 248 | 1 945 | 37,06% |
| **5** | Etudes ou expertises du nord | 0 | 0 | #DIV/0! |
| **6** | Etudes ou expertises du sud | 0 | 0 | #DIV/0! |
| **7** | Personnels expatriés | 1 779 | 3 555 | 199,81% |
| **8** | Personnel local | 72 173 | 64 066 | 88,77% |
| **9** | Activités (à détailler) | 81 830 | 81 252 | 99,29% |
| **10** | Formation | 0 | 0 | #DIV/0! |
| **11** | Services extérieurs à l'ONG | 0 | 0 | #DIV/0! |
| **12** | Mission de courte durée | 12 124 | 6 176 | 50,94% |
| **13** | Appui et suivi | 52 032 | 47 561 | 91,41% |
| **14** | Evaluation | 9 498 | 2 086 | 21,96% |
| **15** | **Capitalisation** | **6 651** | **14** | **0,21%** |
| **16** | Audit | 6 271 | 0 | 0,00% |
| **17** | Autres (à expliciter) |  |  |  |
| **18** | Sous-total coûts directs | 249 418 | 207 177 | 83,06% |
| **19** | Divers et imprévus (5% maximum de 18) |  |  |  |
| **20** | Total coûts directs (18+19) | 249 418 | 207 177 | 83,06% |
| **21** | Frais administratifs ou de structure (maximum 8% de 20) | 19 953 | 16 574 | 83,06% |
| **22** | TOTAL GENERAL (20+21) | 269 372 | 223 751 | 83,06% |

L’audit de la période allant du 16 janvier 2012 au 31 juillet 2013 n’a relevé aucune anomalie majeure dans la gestion des ressources au niveau de CARE comme au niveau des ONG partenaires.

## 3.7 Analyse de la durabilité des actions du projet

***☺ La durabilité des actions du projet est mitigée***

Qu’il s’agisse des acteurs au niveau communautaires ou locaux, la mission a relevé une bonne prise de conscience par rapport à la prévention et la prise en charge de MMI par les acteurs à la base. Et, les autres intervenants humanitaires aussi s’intéressent de plus en plus à la prévention et la prise en charge de la MMI.

De plus, l’intégration de la nutrition dans les PDC constitue un grand atout.

Cependant, certains aspects relevés au cours de la mission peuvent être des entraves, à savoir :

-La limite du bénévolat au niveau des membres des structures communautaires (ML et DBC) ;

-L’insuffisance d’engagement des CSI à appuyer les structures communautaires ;

-La jeunesse des structures (et MMD) mises en place ;

-Les acquis des FARN ne sont pas documentés par les communautés ou par les centres de formations sanitaire ;

-L’absence de stratégie claire de réapprovisionnement des greniers Nutritionnels (le caractère social a été également perçu par l’AFD, selon CARE les greniers Nutritionnels ne sont que des Intrants dans le processus).

Enfin, l’atelier national de capitalisation prévu par CARE et ses partenaires sous l’angle du plaidoyer à travers la restitution des acquis du projet ML auprès des différents acteurs, bailleurs potentiels et intervenants, peut servir de levier pour susciter davantage d’intérêts pour la prévention et la prise en charge non médiale de MMI.

## 3.8 Analyse des effets et impacts

La réduction de la malnutrition devrait être confirmée par l’enquête quantitative complémentaire par la comparaison des résultats de l’enquête de base et de cette enquête quantitative.

Pour ce qui est de la mortalité au niveau des centres de prise en charge, le tableau ci-après donne l’évolution du taux de mortalité enregistré dans les CSI enquêtés de 2011 à 2014.

**Tableau N°12**: Evolution du taux de mortalité enregistré dans les CSI enquêtés de 2011 à 2014

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Années** | **Taux mortalité CREN** | | **Taux mortalité CREN** | |
| **Zermou** | **Dan Issa** | **SarkiYamma** | **Toumnia** |
| 2011 | 0.13% | 0,01% | 0,20% | 0.30% |
| 2012 | 0% | 0% | 0,40% | 0% |
| 2013 | Nd | 0% | 0,05% | 0.06% |
| 2014 | Nd | 0,04% | 0,10% | 0.09% |

### *3.8.1 L’état de santé et nutritionnel des enfants*

La mission a écouté les acteurs d’impacts du projet sur l’état de santé et nutritionnel de leurs enfants, en plus le Périmètre Brachial (PB) des enfants de 6 à 59 mois des mères enquêtées a été mesuré. Les femmes enquêtées se sont prononcées sur l’état de santé et nutrition de leurs enfants des tranches d’âges : 6 à 24 mois, 25 à 36 mois et 37 à 59 mois.

Retenons que la mission s’est appuyée sur les normes OMS selon lesquelles, le PB inférieur à 11,5cm correspond à la malnutrition sévère, le PB compris entre 11,5 et 12,5 cm correspond à la malnutrition modérée et un PB supérieur ou égal à 12,5 cm correspond aux enfants non malnutris.

Il ressort de l’exercice les constats suivants :

***☺ L’état de santé et nutritionnel des enfants s’est amélioré***

🟋L’état de santé et nutritionnel des enfants selon les déclarations des enquêtées (FA, FE, MEM/N, ML)

Les enfants de trois tranches d’âge ont été concernés par la prise de PB. Il s’agit des enfants de 6 à 24 mois, de 25 à 36 mois et de 37 à 59 mois.

Les résultats de l’exercice sur l’état nutritionnel des enfants indiquent que leurs enfants ont dans l’ensemble un état nutritionnel normal ; puisque les enfants des enquêtées ont majoritairement un PB supérieur à 12,5 cm.

En effet, dans les deux Districts, 50 à 100 % selon les aires de santé, selon les tranches d’âge et selon les catégories cibles enquêtées (FA, FE, ML, MEM/N), les PB des enfants des trois tranches d’âge mesurés sont supérieur à 12,5 cm.

***3.8.2 Les comportements nutritionnels***

Le comportement nutritionnel des groupes cibles du projet (FA, MEM/N, FE et ML) a été apprécié à travers l’évaluation à trois niveaux ; à savoir : le score de consommation alimentaire des ménages, le score de diversification alimentaire et l’index de stratégie d’adaptation de survie des ménages.

***a) Score de consommation des ménages des enquêtées***

Les ménages enquêtés ont été soumis à un questionnaire visant à les faire relater le nombre de jours de consommation des aliments de différents groupes durant la semaine avant le passage de la mission.

Les groupes d’aliments sont : les céréales, les racines et tubercules, les légumineuses, les légumes, les fruits, les protéines animales, produits laitiers, sucre et huile.

Un score de pondération a été fixé par Programme Alimentaire Mondial (PAM) pour chaque groupe d’aliment en fonction de son apport nutritionnel.

En rappel, il existe trois mesures de scores de consommation alimentaire en fonction des groupes d’aliments consommés : 0 à 28 correspond au groupe de consommation pauvre ; 28,5 à 42 correspondant au groupe de consommation limite et supérieur à 42 pour le groupe de consommation alimentaire dit acceptable.

Il ressort de l’exercice les résultats suivants :

***☺ Le score de consommation des ménages des enquêtées est satisfaisant***

🟋Le score de consommation selon la déclaration des enquêtées (FA, FE, MEM/N, ML)

Dans les deux Départements, les enquêtées en grande majorité sont dans le groupe de consommation alimentaire acceptable.

En effet, 65% à 96% selon les catégories de déclarants et selon les régions ont un score supérieur à 42. Les forts taux ont été enregistrés dans le District de Mirriah (88 à 96%) contre 65 à 86% pour le District de Madarounfa.

***b) La diversification alimentaire***

Les ménages enquêtés ont été soumis à un questionnaire visant à les faire relater le nombre de jours de consommation des aliments de différents groupes 24 heures avant le passage de la mission.

Les groupes d’aliments sont : les céréales, les racines et tubercules, les légumineuses, les légumes, les fruits, la viande, l’œuf, le poisson, les produits laitiers, le sucre, l’huile et le thé/café.

Un coefficient a été donné par le Programme Alimentaire Mondial (PAM) à chaque stratégie en fonction de sa gravité.

Le seuil pour une alimentation diversifiée est fixé à 4. Ainsi tous les ménages dont le score de diversification alimentaire est inférieur à 4 sont considérés en insécurité alimentaire.

Il ressort de l’exercice les résultats suivants :

🟋La diversification alimentaire selon la déclaration des enquêtées (FA, FE, MEM/N, ML)

L’analyse des déclarations des enquêtées dans les deux Districts sanitaires indique que les ménages enquêtées, dans leur forte proportion (74 à 96% des FA, 83% des FE, 96% des MEM/N, 78 à 95% des ML), soit 74 à 100%, ont un index de diversification alimentaire supérieur à 4 donc ne sont pas en situation d’insécurité alimentaire.

En effet, il ressort de l’enquête que les groupes de diversité alimentaires enregistrés à Mirriah sont compris entre 4 et 12 avec une moyenne de 8, et à Madarounfa entre 0 et 12 avec une moyenne de 6.

|  |  |
| --- | --- |
| **Madarounfa** | **Mirriah** |
| Répartition des enquêtées par groupes de sécurité alimentaire  - 9% des ML enquêtées ont un score de diversité alimentaire < à 4 : correspondant au groupe considéré comme étant en insécurité alimentaire)  - 13% des enquêtées ont un score de diversité égal à 4 (groupe considéré à risque d’insécurité alimentaire)  - 78% ont un score de diversité alimentaire supérieur à 4 **(4 étant le seuil en dessous duquel le ménage est considéré comme étant en insécurité alimentaire)** | Répartition des enquêtées par groupes de sécurité alimentaire  - 0% : aucun ménage n’a enregistré un score < à 4 (groupe considéré comme étant en insécurité alimentaire)  - 5% des enquêtées ont un score de diversité égal à 4 (groupe considéré à risque d’insécurité alimentaire)  - 95% ont un score de diversité alimentaire supérieur à 4 **(4 étant le seuil en dessous duquel le ménage est considéré comme étant en insécurité alimentaire)** |

En ce qui concerne les types d’aliments consommés par ces enquêtées, le graphique ci-dessous indique que dans les deux Zones, les céréales, légumineuses, produits laitiers, viande, racines, huile et sucre sont les aliments qui ont été les plus consomméspar79 et 100% des enquêtées. Par contre, l’œuf, les fruits sont les aliments les moins consommés par les enquêtées (4 et 38%).

***c) Index d’adaptation des stratégies de survie***

|  |  |
| --- | --- |
| **Madarounfa** | **Mirriah** |
| **Index de stratégies d’adaptation alimentaire**  L’index moyen de stratégie d’adaptation des ML enquêtées est de 6.17 et 91 % des bénéficiaires ont un index de stratégie d’adaptation inférieur ou égal à 10 (10 étant le seuil au-dessus duquel le ménage peut être considéré comme étant en situation d’insécurité alimentaire).  Note : 9% des ménages des ML enquêtées de  la Région de Maradi sont en insécurité alimentaire | **Index de stratégies d’adaptation Alimentaire**  Aucun ménage n’a adopté une stratégie de réadaptation au cours des 7 jours précédant l’enquête. L'index de stratégie d'adaptation est de 0 pour tous les ménages enquêtés alors que le seuil est de 10. |

Les ménages enquêtés ont été également soumis à un questionnaire visant à dire le nombre de jours qu’ils ont eu recours aux différentes stratégies d’adaptation au plan alimentaire au cours de la dernière semaine avant le passage de la mission d’évaluation.

Il s’agit des stratégies suivantes : consommation de nourritures moins chères, diminution des portions des repas, diminution de consommation alimentaire chez les adultes, journée sans manger, réduction du nombre de repas par jour et dépendre des produits de cueillette.

Le seuil de l’index de stratégie d’adaptation alimentaire est fixé à 10. Ainsi tous les ménages dont l’index supérieur à 10 sont considérés comme étant en insécurité alimentaire, s’il est inférieur à 10 le ménage est considéré comme en situation de sécurité alimentaire.

Il ressort des déclarations, les situations suivantes :

🟋L’index d’adaptation des stratégies de survies selon la déclaration des enquêtées (FA, FE, MEM/N, ML)

Le graphique N°2 ci-après présente les proportions des enquêtées des deux Départements selon les types de stratégies d’adaptation dont elles ont fait recours :

De l’analyse du graphique N°2, il apparait que c'est plus à Madarounfa que les enquêtées ont observé des jours de recours aux stratégies d’adaptation pour se nourrir.

Il ressort de l’enquête quand même que un bon index de stratégie d’adaptation alimentaire chez les enquêtées dans les deux régions. Il est inférieur à 10 dans la majorité des cas dans les deux régions : 100% à Mirriah et entre 87 à 96% des enquêtées de Maradi.

***3.8.3 Les changements induits par l’adoption de bonnes pratiques en hygiène et assainissement (PHA)***

Selon les déclarations reçues des groupes cibles du projet interrogés sur l’impact des pratiques d’hygiène et assainissement adoptées, plusieurs changements ont été enregistrés. Ces impacts sont de plusieurs ordres ; à savoir : liés aux comportements, au cadre de vie, à la santé et autres (relation sociale, économique,…..).

On retient des déclarations des enquêtés (FA, FE, MEM/N, ML, HAP) ce qui suit :

🟋Les changements induits selon la déclaration des enquêtés

Il ressort de l’enquête dans les deux Départements que des changements ont été induits sur la majorité des enquêtées en matière de PHA ; à savoir

- sur les pratiques HA chez 57 à 100% des enquêtés de Maradi et 30 à 100% des enquêtés de Mirriah ;

- sur le cadre de vie chez 57 à 100% des enquêtés à Maradi et 40 à 100%) des enquêtés à Mirriah;

- sur la santé chez 48 à 100% des enquêtés de Maradi et 75 à 100% des enquêtés de Mirriah.

Plusieurs enquêtés ont aussi ajouté d’autres changements induits qui sont de portée sociale et économique(fierté, considération de soi-même, respectée par les autres, réduction de dépenses pour les soins de santé …).

***3.8.4 L’évolution des statistiques de performance des CFS en matière de santé et nutrition***

La mission s’est intéressée aux changements de contexte liés à la fréquentation des CFS, à l’évolution de la malnutrition et la qualité de sa prise en charge et à l’évolution du contrôle de la démographie.

Les deux districts sanitaires de la zone du projet et deux CSI par district ont été ciblés par la mission. Cependant, seul l’accès aux statistiques au niveau du district sanitaire de Mirriah n’a pas été possible.

De l’analyse des statistiques de performance on retient :

**Par rapport à la fréquentation des CFS**

***☺ La fréquentation des CFS a connu une amélioration de 2011 à 2014***

**🟋**Taux d’utilisation des CSI échantillonnés

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

De l’analyse de ces deux graphiques, on relève que les taux d’utilisation se sont accrus surtout dans la période de mise en œuvre du projet ML.

Cette situation peut s’expliquer en partie par une meilleure prise de conscience des populations de l’aire de santé des CSI par rapport au recours aux services des CFS et d’autre part reflète la qualité des services fournis.

**Par rapport au contexte lié à la Nutrition**

***☺/☹ L’évolution du nombre des cas de malnutris est mitigée selon les CFS enquêtés***

**🟋**Evolution des cas de malnutrition pris en charge au 3ème trimestre de 2011 à 2014

Les graphiques N°5 et 6 indiquent les nombres de cas de malnutris de 2011 à 2014 pris en charge au niveau de respectivement des CSI de Mirriah et de Madarounfa enquêtés.

Il ressort deux situations au niveau de chacun des deux Districts : au niveau de certains CSI le nombre de cas a connu une réduction et dans d’autres CSI le nombre de cas de malnutris a augmenté. Cette augmentation est due notamment au fait que les équipes villageoises ont été mises en place entre 2012 et 2013 et ont dépisté beaucoup de malnutris entre 2013 et 2014.

A l’échelle du district de Madarounfa on observe la même tendance avec cependant une forte réduction de la malnutrition entre 2013 et 2014.

Cette situation est probablement liée à la différence de vulnérabilité des différentes aires de CSI. En effet, l’année de démarrage (2012) a connu une crise alimentaire sur l’ensemble du pays et celles de 2013 et 2014 ont connu une situation alimentaire relativement bonne. Elle peut aussi être liée au travail de dépistage précoce des enfants par les équipes de Maman Lumière au cours de la 2nd et 3ième année comme ça a d’ailleurs été démontré dans le rapport narratif de la 2ièmeannée de mise en œuvre. En effet, ce rapport avait souligné le fait que les villages où le projet intervient ont référés beaucoup moins des enfants au centre de récupération nutritionnelle pour les sévères (CRENAS) que les autres villages sans le projet dans le cas de district de Madarounfa.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**☺/☹ L’évolution des taux de guérison est mitigée au niveau des CFS enquêtés**

**🟋**Evolution du taux de guérison de la malnutrition dans les CFS échantillonnés

Les statistiques collectées au niveau des CFS enquêtés présentent une situation contradictoire entre les CFS comme l’indiquent les graphiques N°7 et 8 respectivement des Districts de Mirriah et de Madarounfa.

Les taux de guérison au cours de 2011 à 2014 oscillent entre deux limites 42,39 et 96,80 au niveau des CSI des deux régions enquêtées soit une moyenne de 60,59% pour l’ensemble.

(‘’Les activités du projet n’ayant pas concerné la prise en charge médicale, il nous parait difficile de trouver les raisons de cette situation.

L’évolution du taux de guérison est intimement liée à la performance et à la qualité de la prise en charge. Les agents de santé doivent investiguer les chutes et poids stationnaires et les référer selon le protocole au niveau supérieur.

Tout en sachant que les mères et accompagnantes ont des astuces pour maintenir leurs leurs enfants sous le programme:

1. partage de la ration des enfants malnutris entres tous les enfants du ménages,
2. Ventes des intrants des enfants malnutris,
3. Provocation de la diarrhée chez les enfants avant les pesées pour ne pas qu’ils soient déchargés.‘’)

**🟋**Situation des références et contre référence

Il ressort des taux de référence et contre référence collectés au niveau de 3 CSI de la zone de projet ML que, les taux par rapport à la situation avant le projet à nos jours se sont améliorés.

Une fois encore, les activités du projet n’ayant pas concerné la prise en charge médicale, il nous parait difficile de trouver les raisons de cette situation.

**🟋**Evolution des taux de non répondants, d’abandon et de décès infantiles

Les taux de non répondants, d’abandons et de mortalité infantile au niveau des centres de prise en charge de la malnutrition enregistrés aux 3èmetrimestres de 2011 à 2014 au niveau des CSI de Mirriah et de Madarounfa échantillonnés, présentent des situations en deçà des seuils d’alarme respectivement 10%, 15% et 3% comme l’indiquent les tableaux N°12 et 13 ci-après :

**Tableau N°13 :** Les taux de non répondants, d’abandons et de mortalité au niveau des CSI de Zermou et Toumnia (District de Mirriah)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Année** | **Non Répondants** | | **Taux d’abandons** | | **Taux mortalité CREN** | |
| **Zermou** | **Toumnia** | **Zermou** | **Toumnia** | **Zermou** | **Toumnia** |
| 2011 | Nd | 0% | 0.48% | 0% | 0.13% | 0.30% |
| 2012 | Nd | 0% | 0% | 5.03% | 0% | 0% |
| 2013 | Nd | 2.69% | Nd | 3.21% | Nd | 0.06% |
| 2014 | Nd | 1.00% | Nd | 5.34% | Nd | 0.09% |

**Tableau N°14 :** Les taux de non répondants, d’abandons et de mortalité au niveau des CSI de sarkinYamma et Dan Issa (District de Madarounfa)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Année** | **Non Répondants** | | **Taux d’abandons** | | **Taux mortalité CREN** | |
| **Dan Issa** | **SarkiYamma** | **Dan Issa** | **SarkiYamma** | **Dan Issa** | **SarkiYamma** |
| 2011 | Nd | Nd | 3,60% | 23,90% | 0,01% | 0,20% |
| 2012 | Nd | Nd | 7,00% | 2,10% | 0% | 0,40% |
| 2013 | Nd | Nd | 3,70% | 11,10% | 0% | 0,05% |
| 2014 | Nd | Nd | 2,40% | 0,40% | 0,04% | 0,10% |

**Par rapport au contexte lié au contrôle de la Démographie**

***☺ L’utilisation des services de contrôle de la démographie s’est améliorée***

**🟋**Evolution du Taux d’utilisation de la PF au niveau des CSF de 2011 à 2014

L’évolution de ce taux a été exponentielle au cours de la période de mise en œuvre du projet ML au niveau de 75% des CSI enquêtés dans les deux Districts comme l’indiquent les graphiques N°9 et 10 respectivement des Districts de Mirriah et Madarounfa (Sauf au niveau du CSI de Toumnia dans le district de Mirriah où l’utilisation PF a plutôt régressé).

Au niveau de la page 35, il était ressorti que l’utilisation de la PF varie selon les groupes cibles enquêtés de 21 à 75% soit une moyenne de 48%, ce qui est un record comparativement au taux national. Mais cela ne peut pas être extrapolé au niveau CSI en raison de la multitude des intervenants dans les aires de santé (Agents de santé, partenaires...). Cependant, il faut retenir que le projet ML a bien contribué par ces activités de distribution communautaire de contraceptifs et à la bonne évolution du taux d’utilisation de la planification familiale au niveau des CSI d’intervention.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Cette tendance est reflétée également à l’échelle du district sanitaire (cas du district sanitaire de Madarounfa) comme l’indique le graphique N°11.

## 3.9 Leçons apprises

Au sortir du processus d’évaluation externe finale, les principales leçons à retenir sont :

* Le bénévolat a des limites;
* La collaboration avec les CFS est fondamentale pour une meilleure intégration du système communautaire;
* L’encadrement et le suivi de proximité est un moyen efficace de contrôle de qualité des activités au niveau communautaire;
* la responsabilisation c’est aussi être en mesure de capitaliser et de documenter soi -même ses acquis;
* L’existence du personnel du même domaine de compétence des agents de santé /nutrition est un atout pour faciliter la communication externe du projet ;
* Les communautés sont mêmes en mesures de prévenir et de prendre en charge la MMI en s’appuyant sur leur propre capacité et savoir-faire local pour peu qu’elles sont encadrées;
* Le ciblage des hommes dans tout processus de prévention et de prise en charge de MMI constitue une clé pour une meilleure adhésion des femmes porteuses de changement.

# IV Conclusions

Les actions du projet ML ont été opportunes de par la situation du contexte en 2011 et 2012 qui ont été des années difficiles au plan sécurité alimentaire, nutritionnelle et santé au plan national et plus spécifiquement dans les deux régions d’intervention du projet.

En plus la démarche du projet a été innovante de par la responsabilisation des communautés à prévenir et prendre en charge la MMI à travers la valorisation des produits agricoles locaux.

Les activités programmatiques ont été pour la plupart réalisées et ont concerné plusieurs acteurs et à différents niveaux. Mais la collaboration n’a pas été toujours à la hauteur des attentes (cas des CSI).

Les activités menées par les structures communautaires mises en place ont été effectives et ont apporté une valeur ajoutée dans la prévention et la gestion de malnutrition maternelle et infantile.

Enfin, le projet a induit des changements au niveau des comportements en matière de nutrition, d’hygiène et assainissement et dans l’utilisation de la PF contribuant ainsi à améliorer les taux de malnutrition et de contrôler la démographie.

Cependant, la faible appropriation des outils de suivi de la performance des FARN par les communautés elles-mêmes et l’insuffisance de collaboration entre les CSI et les structures communautaire sont peu rassurantes par rapport à la pérennisation de certaines actions du projet. Un effort important a été fait par le projet ML, mais pour garantir la pérennité des activités, il faudrait ;

1. alphabétiser les membres des structures communautaires,
2. accompagner les structures communautaires jusqu’à la maitrise totale des activités et leur appropriation avec un système d’enregistrement, de rapportage et d’archivage pour des éventuelles analyses, et une transmission des données au CSI.
3. assurer un suivi de proximité des Structures communautaires par les agents de santé, une gratification et un recyclage périodiques des Agents Communautaires,
4. prévoir l’intégration des données des structures communautaires au rapport SNIS pour que les agents de santé l’intègre dans le paquet d’activités du CSI.

# Recommandations

La mission d’évaluation recommande de :

- Prévoir une suite immédiate du projet centrée sur la mise en place et le suivi encadrement des FARN et ceci avec des moyens humains et financiers conséquents. Pour cela un atelier de plaidoyer est à envisager pour mieux partager les acquis du projet et susciter ainsi l’intérêt des acteurs et décideurs à l’approche adoptée par le projet ML ;

- Mettre les MMD au centre du processus au niveau communautaire. Pour cela la durée des phases à envisager devra être fixée en conséquence afin de prendre le temps nécessaire pour leurs structuration et renforcement de leurs capacités à s’approprier les activités FARN ;

-Garantir une meilleure appropriation et visibilité des activités FARN, pour cela les futurs projets devront créer des conditions de plus grande responsabilisation des communautés dans la tenue des documents de suivi de la performance des FARN ;

-Les actions de plaidoyer pour une meilleure capitalisation des activités FARN au niveau des formations sanitaires devront se poursuivre à tous les niveaux afin de rendre effective l’opérationnalisation de l’intégration de l’approche FARN dans le protocole nationale de prise en charge de la Malnutrition aiguë.

# ANNEXES

Annexe 1 : Termes de Référence pour la réalisation de l’Evaluation Finaledu projet Maman Lumière

Annexe 2 : Liste des personnes rencontrées au cours de la mission

Annexe 3 : Le cadre logique du projet ML et suivi des IOV

Annexe 4 : Suivi des activités par résultat

## Annexe N°1 : TDR de la mission d’évaluation



**Termes de Référence pour la réalisation de   
l’Evaluation Finaledu projet Maman Lumière**

Généralités

Projet :Projet de Prévention et prise en charge non médicale de la MalnutritionMaternelle et Infantile(ML)

Financement : Agence Française de Développement (AFD)

Zone d’intervention : Madarounfa, Takeita, DamagaramTakaya et Mirriah

Durée de l’activité : 34Jours

Démarrage de l’activité : 10Novembre2014

Fin de l'activité : 12 Décembre2014

**Responsable :** Abdoulkarim Ary Tanimoune, Chef du Projet Maman Lumière

**Superviseur :** Laminou Maman Sani, Coordonnateur SAN/DRR& Urgences

**Contexte et Justification**

Dans le cadre de la Facilité d’innovation sectorielle pour les ONG (FISONG), l’Agence Française de Développement s’est proposée de contribuer au financement de dépenses nécessaires à la réalisation de projets dont les interventions visent à briser le cycle de la malnutrition, en particulier dans des contextes de crises récurrentes comme c’est le cas au Niger en lançant un appel à proposition en 2011.L’objectif assigné à l’appel à proposition consistait à prendre en compte le caractère multifactoriel de la malnutrition et du cycle conduisant à son installation, en proposant des actions innovantes.

A l’issu du processus de sélection, la proposition de CARE Niger intitulé « Projet Maman Lumière » a été approuvée via CARE France signataire de la convention avec le bailleur.

L’objectif général de l’initiative est de contribuer à réduire le taux élevé de la malnutrition maternelle et infantile dans les régions de Zinder et Maradi grâce à des stratégies sociocommunautaires innovantes tenant compte de l’alternance des contextes de crise et de développement. De façon spécifique « Maman Lumière » cherche à mettre en place un système participatif et intégré de prévention et de prise en charge de la malnutrition maternelle et infantile à base communautaire dans les districts de Madarounfa et Mirriah.

La durée prévue pour le projet était de 36 mois et unecouvertured’environ 70 unités d’intervention(UI) et 20 Centres de Santé Intégrée (CSI) dans les départements de Mirriah, Takeita, DamagaramTakaya et Madarounfa dans les régions de Zinder et Maradi.

La stratégie de mise en œuvre de Maman Lumière est basée sur les axes suivants :

**Le partenariat** : Le projet est mis en œuvre en partenariat avec deux (2) ONG locales :Gestion de la santé par des initiatives locales(AFUA)etForum Santé Niger(FORSANI)pour respectivement les districts sanitaires de Mirriah et Madarounfa. L’exécution du projet est faite aussi dans une dynamique d’étroite collaboration avec les communes, les différents services techniques déconcentrés clés de l’Etat (DRSP, DS, DRA, DDA, etc.) et les communautés bénéficiaires ;

**L’intégration et la complémentarité** : avec les autres programmes et initiatives de CARE (MASUSU, LEFF, etc.) et d’autres partenaires (Consortium HKI-Africare-Mercy Corps) de la zone d’intervention ;

**Une approche de responsabilisation communautaire** : création et/ou renforcement des structures communautaires pour la prévention et la prise en charge de la Malnutrition Maternelle et Infantile (MMI) : Equipe Villageoise de Promotion de la Croissance et les Mamans Lumières (EVPC/ML), Equipe de Distribution à Base Communautaire (DBC), Comité de Salubrité, Groupe de Soutien à l’allaitement et à l’Alimentation des Enfants et de la Femme (GS2A), etc. ;

**Le transfert des compétences et l’appropriation** : Maman Lumière est conçu sur la base des expériences des autres projets de CARE notamment le Projet de Promotion des Initiatives en faveur de la Nutrition et la Démographie (PPIND).

Le projet a officiellement démarré le 16 Janvier 2012 avec entre autre la cérémonie de lancementofficiel.Selonles directives du bailleur, et conformément à la stratégie de suivi‐évaluation et mesure de l’impact de CARE Niger, l'équipe du projet a conçu et opérationnalisé un plan de S&E.

Une étude de base ayant permis d’établir les valeurs de référence des indicateurs d’effets et d’impacts du cadre logique a été réalisée. Aussi, sur la base des résultats de l’étude de base, l’équipe du projet a élaboré de façon participative (avec les ONG partenaires et les services techniques de l’Etat) un devis programme pour la première Année.

Après 18 mois de mise en œuvre, l’équipe du projet a organisé (Septembre 2013) une revue du premier devis programme pour prendre en compte les réalités du terrain.En Novembre 2013, une évaluation à mi-parcours du projet qui a fait ressortir les progrès vers l’atteinte des objectifs du projet et formuler des recommandations pour la durée restantea été conduite.

Il était prévu d’organiser à la fin de projet une évaluation finale afin d’apprécier les avancées du projet vers ses objectifs, de documenter les principales leçons apprises ainsi que les bonnes pratiques identifiées. C’est pour servir de base à l’organisation et la conduite de cette activité que les présents TDRs sont élaborés.

**Rappel des objectifs,résultats attendus et bénéficiaires du projet**

L’initiative « Maman Lumière » relève de la mise en œuvre du Programme Sécurité Alimentaire et Nutrition/ Urgences et Réduction des Risques et Catastrophe (SAN/Urgences/DRR)de CARE Niger dont l’objectif stratégique est« en fin 2015, les 75 000 ménages ciblés par CARE soient en mesure d’assurer à leurs membres un accès permanent et équitable à une nourriture suffisante et de qualité ». Elle rentre principalement dans le cadre des activités du sous domaine « Amélioration de l’état nutritionnel des enfants de 0-5 ans, femmes enceintes et allaitantes » du programme et travaille pour une adoption des bonnes pratiques de santé - nutrition dans les ménages à travers une utilisation adéquate et diversifiée du disponible alimentaire.

L’objectif général de l’initiative est de contribuer à réduire le taux élevé de la malnutrition maternelle et infantile dans les régions de Zinder et Maradi grâce à des stratégies sociocommunautaires innovantes tenant compte de l’alternance des contextes de crise et de développement. De façon spécifique « Maman Lumière » cherche à mettre en place un système participatif et intégré de prévention et de prise en charge de la malnutrition maternelle et infantile à base communautaire dans les districts de Madarounfa et Mirriah.

**Le projet attend comme résultats au bout de 36 mois :**

**Résultat 1** : Un système intégré et participatif de gestion de la malnutrition (prévention, prise en charge, gestion des crises) est mis en place et est actif dans 35 communautés ;

**Résultat 2** : la population a une meilleure connaissance des causes de la malnutrition et prend les mesures adéquates pour réduire le taux de malnutrition ;

**Résultat 3** : Les Foyers d’Apprentissage de Réhabilitation Nutritionnelle (FARN) prennent en charge efficacement les enfants malnutris modérés ;

**Résultat 4** : Les formations sanitaires et les communes accompagnent les communautés dans leur effort de prévention et de prise en charge de la malnutrition.

**Les bénéficiaires finaux sont :**

10947 enfants de 0-36 mois ;

15015 femmes enceintes et allaitantes ;

11261 hommes en âge de procréer ;

**Parmi les cibles secondaires, on peut citer :**

Les Leaders : 100 leaders religieux, politiques, d’opinion.

Les Elus: 20 élus locaux (Communes) et nationaux (Députés) ;

Les Services techniques : 50 agents de santé

**Objectifs et Résultats attendus de la mission d’évaluation**

**Les objectifs**

L’objectif principal de cette évaluation finale sera de capitaliser les acquis en complétant le bilan et en affinant l’analyse des données qualitatives et quantitatives de terrain afin de bien examiner les effets et impacts (finaux ou partiels) qui ont pu être produits par le projet. De façon plus spécifique, l’évaluation finale permettra d’apprécier les réalisations du projet afin de fournir aux acteurs clés les informations sur les progrès réalisés en termes d’atteinte des objectifs et résultats attendus, les contraintes et les leçons appriseset formuler des recommandations pour réorienter les actions en vue d’une nouvelle phase éventuelle.Elledoit permettre de :

Evaluer et Analyser les progrès réalisés de la mise en œuvre du projet par rapport aux résultats attendus ;

Identifier les forces, faiblesses, et les contraintes dans la mise en œuvre ;

Identifier et documenter les principaux enseignements tirés et les bonnes pratiques ;

Formuler des recommandations notamment opérationnelles (priorisées, structurées et claires).

**Les résultats attendus**

Un rapport détaillé d’évaluation finale du projet est produit, disponible et fournit notamment :

Les informations sur la mise en œuvre ;

Les résultats atteints et progrès réalisés°;

Les forces, faiblesseset contraintes identifiées ;

Les leçons apprises identifiées ;

Les recommandations pertinentes sont formulées

**Un résumé exécutif** d’une page devra être préparé en français et en anglais.

**Critères à évaluer et questions clés de l’évaluation**

L’évaluation s’intéressera aux critères standards d’évaluation de performance de projet à savoir la Pertinence etcohérence de l’intervention, l’Efficacité, l’Efficience de l’intervention, la signification de l’intervention en termes d’Impact et de Durabilité/viabilité des processus et résultats impulsés ou produits.

**Pertinence et Cohérence**

**Exemple de questions (non exhaustif) :**

Le projet est-il bien approprié ou adéquat pour atteindre l’objectif général poursuivi ?

Dans quelle mesure les objectifs envisagés par l’initiative lors de sa conception répondent correctement aux problèmes identifiés ou aux besoins réels (et non simplement "perçus") des bénéficiaires ?

Dans quelle mesure la conception et les stratégies d’interventions du projet sont pertinentes par rapport à la situation dans la zone ciblée ? aux priorités nationales(politique nationale de nutrition, protocole nationale de prise en charge de la malnutrition, stratégie ANJE, etc.)?Auxpriorités de CARE International au Niger(notamment son alignement au programme de sécurité alimentaire et nutritionnelle)?AuxOMD ?

Le projet est-il cohérent et complémentaire par rapport aux autres acteurs évoluant dans le même secteur et la même zone géographique d’intervention (ONG internationales, ONG locales, services de santé locaux, agence de Nations Unies…) ?

Les activités prévues permettaient- elles d'atteindre les objectifs opérationnels visés ?

Les moyens prévus permettaient-ils de réaliser les activités envisagées dans les temps impartis ?

L’évolution du contexte (politique, économique, social, institutionnel) et ses conséquences sur le déroulement de l’initiative devront également être passées en revue.

Les faiblesses et points forts au niveau de la conception du projet seront relevés

**Efficacité**

Sur la base des indicateurs objectivement vérifiables qui sont mentionnés dans le cadre logique, l’analyse à ce niveau doit prendre en compte le niveau de réalisation des objectifs de l’initiative et déterminer dans quelle mesure les résultats contribuent à la réalisation de ces objectifs. De plus, l’évaluateur pourra, à son appréciation, mesurer des indicateurs de performance non mentionnés dans le cadre logique.Enfin, les méthodologies de mise en œuvre, de suivi et d’évaluation continue du projet seront également analysées.

**Exemple de questions (non exhaustif) :**

Dans quelle mesure les produits/les réalisations du projet concourent à l’atteinte des résultats de initialement prévus / définis dans le document du projet ?

Dans quelle mesure la population ciblée, les structures communautaires se sont‐elles appropriées les activités du projet ?

Dans quelle mesure et de quelles façons le projet a‐t‐il contribué à:

La réduction de la malnutrition maternelle et infantile ?

L’adoption des pratiques familiales essentielles (allaitement maternel, planification familiale, utilisation des services de santé, hygiène et assainissement, etc.) ?

La prise en compte des thématiques du projet par les communes ? Par les services de santé ?

Est-ce que le système de prise en charge de la malnutrition par le FARN est efficace ? quelles sont les faiblesses ?

Dans quelle mesure le projet a renforcé/développé les capacités des partenaires (ONG locales, communes, les services techniques, etc.)? des bénéficiaires (notamment les membres des structures)?

Dans quelle mesure les partenaires de mise en œuvre ont‐ils apporté une valeur ajoutée pour l’atteinte des objectifs et résultats attendus énoncés dans le document du projet?

Dans quelle mesure le projeta‐t‐il eu un impact sur les personnes ciblées ? Dans quels domaines ?

Des bonnes pratiques, réussites, enseignements tirés ou exemples transférables ont‐ils étéidentifiés ? Merci de les décrire et de les documenter.

**Efficience**

**Exemple de questions (non exhaustif) :**

L’initiative est-elle réalisée de manière optimale ? Les moyens mis à disposition sont-ils en adéquation avec les résultats atteints à cette étape de l’initiative ?

Dans quelle mesure le modèle de gestion du projet (c'est‐à‐dire les ressources économiques, humaines et techniques, la structure organisationnelle, le partage d’information, la prise de décision) a‐t‐il été efficient par rapport aux résultats?

Quel type d'obstacles (administratifs, financiers et de gestion) le projet a‐t‐il rencontré et dans quelle mesure cela a‐t‐il affecté son efficacité ?

Dans quelle mesure la mise en œuvre du projet en partenariat avec les ONG locales a‐t‐elle été plus efficiente que si les interventions avaient été exécutées par CAREseul?Evaluation de la qualité des partenariats mis en place pour implémenter l’initiative, la gestion quotidienne, la capacité de gestion et d’adaptation des partenaires d’exécution par rapport aux activités, aux résultats attendus et atteints.

**Impact/Durabilité/Viabilité**

Cette analyse aussi bien qualitative que quantitative, donnera une appréciation sur l’impact escompté des actions menées, ainsi que sur les actions à mener afin d’établir une base adéquate pour que les bénéfices se poursuivent à long terme (après l’initiative).

Le critère viabilité permet de déterminer si les résultats positifs de l’initiative sont susceptibles de perdurer après la fin des financements externes (au vu des résultats actuels et prévisibles d'ici la fin de l’initiative en poursuivant les activités tel que prévu). Les mécanismes de passation de responsabilités et d’activités prévus en fin de projet, doivent alors être évalués en termes de faisabilité et de pertinence.

**Exemple de questions (non exhaustif) :**

Dans quelle mesure les structures communautaires (EVPC/ML, DBC, Groupements MMD, groupes de soutien, comité de salubrité, etc.) mises en place sont fonctionnelles ? Est-ce-qu’elles ont « le leadership suffisant » pour continuer les activités après le projet ?

Les « Maman Lumière » seront-elles capables de référencer les enfants malnutris, de proposer des régimes alimentaires adaptés, … à l’issue du projet°?

Y aura-t-il une autosuffisance sur la prise en charge de la malnutrition aigüe modérée au niveau communautaire ?

Les FARN seront-ils reconnus par les services sanitaires afin de procéder aux suivis ambulatoires ?

Est-ce que le projet a collaboré efficacement avec les autorités administratives telles que les élus locaux? Comment le projet a renforcé/développé la capacité de ces acteurs? Seront-ils en mesure de maintenir cette dynamique ou l’élargir une fois que le projet se termine?

Y at-il une stratégie de sortie bien développée? Si c'est le cas, le Projet a-t-il progressé dans la mise en œuvre decertains aspects de cette stratégie?

Quelles sont les stratégies qui ont été élaborées pour assurer la pérennisation des acquis du projet ?

Une coordination/passation avec les autres acteurs de zone d’intervention est-elle envisagée ?

Quels sont les impacts prévisibles de la sécurité/insécurité alimentaire, l’accès/non accès à l’eau potable, la qualité des services sanitaires délivrés aux bénéficiairessur la pérennité, durabilité et viabilité de l’initiative ?

Dans quelle mesure le projet pourrait-il être reproduit ou mis à échelle au niveau national ou local?

**Aspects Méthodologiques de l’évaluation**

*Méthodologie etfonctionnement de l’évaluation et rôle des partenaires*

L'étude devra faire usage de méthode de collecte et d'analyse des données reconnues sur la scène internationale pour répondre aux besoins d’informations et aux questions énoncées dans les TDRs. CARE International au Niger fera appel à des Consultants/Bureaux d’Etudes selon un processus ouvert en rapport avec les procédures en vigueur. Ces derniers proposeront de offres techniques et financières qui seront discutées et validées.

Chaque proposition technique devra clairement préciser les démarches méthodologiques pour répondre à chaque question d’évaluation ci-dessus posé. Elles doivent inclure les détails suivants :

Les méthodes d’échantillonnage et la taille de l’échantillon requis, les sources d’informations(où et qui)ou documentation pour la revue documentaire

Les grandes lignes des outils/supports/Guides, les audiences concernées et les méthodes de collecte des données (celles-ci doivent être conformes aux plans SEAMI du programme/initiative)

Les questions éthiques à considérer dans la collecte des données

Les procédures de saisie, traitement et analyse des données (logiciels, procédures pour analyses quantitatives, qualitatives, ..)

Les ressources humaines et matérielles requises

Les principes et approches qui guideront l’évaluation sont : transparence, indépendance, participation, efficience, etc.

Le consultant pourrait également ajouter les principes qui lui sont propres et indiquer les attentes spécifiques et besoins qui l’aideraient à honorer ses principes.

Le calendrier détaillé de l’évaluation

Le plan/canevas de rapport

**Un débriefing devra être organisé pour restituer les résultats de la mission à l’équipe du Projet à Zinder puis à l’équipe de CARE Niger à Niamey.**

La coordination de la mission d’évaluation, est assurée par le Coordonnateur du Programme Sécurité Alimentaire et Nutrition/ Urgences et Réduction des Risques et Catastrophe (SAN/Urgences/DRR). L’assurance qualité de l’évaluation sera assurée par le Coordonnateur Suivi Evaluation et Mesure de l’Impact de CARE Niger.

L’équipe du projet basée à Zinder et les ONG partenaires de mise en œuvre fourniront au consultant/équipe d’évaluation toutes les informations dont il/elle aura besoin pour mener à bien sa mission. Ils faciliteront au besoin les contacts avec les différents partenaires sur le terrain dans la communauté. Le Chef du projet assurera la supervision du processus de l’évaluation sur le terrain.

**Le profil des consultants/participants & Conditions d’application**

Expertise et/ou spécialités demandées

diplôme de 3ème cycle enMédecine, Nutrition/Sécurité alimentaire,Socio-anthropologie,Agronomie, Agroéconomie, Statistique, Sociologie, Anthropologie, Economie, ou avoir une formation ou une pratique équivalente d’au moins cinq ans dans le domaine de la planification, du suivi et de l’évaluation ou en gestion axée sur les résultats ;

minimum de 3 ans d'expérience confirmée en matière d’études sur les projets/programmes de santé, nutrition et de sécurité alimentaire, notamment au niveau communautaire, etau moins 2 évaluations de référence ;

Expérience reconnue dans la conduite de recherche qualitative et quantitative au sein d’Organisations Non Gouvernementales, une compréhension claire de la méthodologie de recherche et une expérience dans l’usage des différents outils et techniques de recherche ;

Le consultant devra également avoir une/des :

Maîtrise de la Planification, méthodologies, rapportage ;

Aptitude au travail en équipe et à l’animation d’atelier de travail ;

Qualités d’empathie et d’écoute et capacité de gestion des conflits ;

Capacité d’analyse, de synthèse et de rédaction de rapports ;

Connaissance de la culture locale des régions de Maradi et Zinder ;

Maîtrise des outils informatiques (Word, Excel, Internet) et des logiciels d’analyse statistique (SPSS, STATA, Epi Info, CSpro, etc.).

Conditions d’application

En plus des qualifications requises, les candidats devront soumettre à l’équipe du projet une proposition qui ferra ressortir :

Une offre technique;

Une offre financière.

Les CV du consultant et ceux d’autres personnes qui seront enrôlées pour cette activité

A moins trois contacts de référence

NB : La durée de la consultation ne doit pas excéder 17 jours calendaires. La consultation démarrera au plus tard le 10novembre 2014

Programme indicatif de réalisation de cette activité

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Etapes ou tâches** | **Période indiquée** | **Responsable** |
|  | Elaboration et validation de TDRs | 17-20/10/2013 | Sani |
|  | Lancement avis consultation | 22/09/2014 | Abdoul Karim/Achats Niamey |
|  | Réception des offres/choix consultants | 22/09/14-31/10/14 | Abdoul Karim /Achats Niamey |
|  | Dépouillement, discussions et validations des offres | 01-05/10/14 | Abdoul Karim /Achats Niamey |
|  | Signature contrat avec Consultant | 6-7/10/14 | Achats Niamey |
|  | **Conduite de l’évaluation** : validation des outils, formation des enquêteurs, revue, documentaires, enquête sur le terrain et saisie des données, traitement, analyse et rédaction 1erdraftdu rapport | 10-27/11/14 | Consultant |
|  | Restitution préliminaire à l’équipe du projet | 27/11/14 | Consultant |
|  | Restitution à l’Equipe Senior de CARE à Niamey | 05/12/14 | Consultant |
|  | Dépôt rapport final validé | 12/12/14 | Consultant |

**Budget indicatif de cette activité**

Voir annexe 3 pour des informations sur le budget

**Documentation disponible**

Document du projet + Cadre logique

Plan suivi évaluation

Devis programme de l’AN 1 du projet

Les rapports de l’étude de base, de l’évaluation mi-parcours+ note de CARE

Les différents rapports narratifs

Les rapports semestriels (2)

La politique de CARE International en matière d’évaluation

**Contacts clés**

**Djimraou Aboubacar, Directeur Adjoint Qualité Programme, CARE Niger**

Tel : 00 227 90 88 89 14 Email : [Aboubacar.Djimraou@co.care.org](mailto:Aboubacar.Djimraou@co.care.org)

**Sani Maman Laminou, Chef de Programme SAN/Urgences, CARE Niger**

Tel : 00 227 90 88 89 15 Email : [MamaneLaminou.Sani@co.care.org](mailto:MamaneLaminou.Sani@co.care.org)

**Elhadji Goni Malam Saley, Coordonnateur National SEAMI, CARE Niger**

Tel : 00 227 90 88 88 66 Email : [Goni.MalamSale@co.care.org](mailto:Goni.MalamSale@co.care.org)

**Abdoulkarim Ary Tanimoune, Chef de Projet Maman Lumière**

Tel : 00 227 92 19 04 92 Email : [Abdoulkarim.AryTanimoune@co.care.org](mailto:Abdoulkarim.AryTanimoune@co.care.org)

**Sani Dan Aoudé, Chef d’Unité Suivi Evaluation/Programme SAN**

Tel: 00 227 90 88 89 17 Email:Sani.DanAoude@co.care.org

Sani Dan Aoudé,Abdoul Karim Ary Tanimoune

## Annexe N°2 : Liste des personnes rencontrées au cours de la mission

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom et Prénom** | **Profession** | **Localité** | **Contact** |
| Abdoulkarim Tanimoune | Chef Projet ML/Care | Zinder | 92192492 |
| AbdourahamanIlias | Préfet | Mirriah | 96983215 / 90575417 |
| Wazir Maman | Technicien Nut/AFUA | Zinder | 96537860 |
| Lawali Moustapha | SP/AFUA | Zinder | 90888919 |
| Laminou Sani | Coord. SAN/ care | Zinder | 90888915 |
| Mahaman L. Zeinabou | Tech.Nut/Care | Zinder | 96983875 |
| Sani Dan Aoudé | /SAN/Care | Zinder | 90888917 |
| Dr IssoufouYahaya | Médecin Chef | DS Mirriah | 96877452 |
| MahamanTchanga | CSE | DS Mirriah | 92539415/  96889582 |
| Idrissa Karimou | Directeur Départemental de l’hydraulique | Mirriah | 96977383 |
| Idrissa Gamatché | Directeur Départemental Agriculture | Mirriah | 97594094 |
| Oumarou Moussa | Directeur Départemental Environnement Adjoint | Mirriah | 90743769 |
| Halidou Idi | Maire | Zermou | 96421021 / 91058750 |
| Dr Ousmane Ibrahim | Chef CSI | Zermou | 96559408 / 91022721 |
|  | Maire | Toumnia |  |
| Maman Garba | Chef CSI | Toumnia | 96340568/93515011 |
| Moadougou Atikou | Directeur Régional Care | Maradi | 90888850 |
| Omar Kaygana | RF Care | Maradi | 908888825 |
| HamadouIssaka | Technicien Nut/FORSANI | Maradi | 91256647 |
| Mai MamoudouBoukari | Agent Terrain/FORSANI | Maradi | 96069085 |
| AbdoulkaderOustaz | Agent Terrain/FORSANI | Maradi | 96136650 |
| Mahaman Bako | Point Focal Nut | DS Madarounfa | 96978084 |
| Maman Sani Sidi | Directeur Départemental Environnement | Madarounfa | 96123609 |
| SouleyKiapey | Chef CSI | Dan Issa | 96521196 |
| Mahamane Sani Issoufa | Chef CSI | SarkiYamma | 96674278 |
| MoutariGado | Vice Maire | SarkiYamma | 96558328 |
| Hamissou Mahamane | Chef de village | Garin Liman/Dan Issa | Nd |
| Mahamane Lawan | Chef de village | Kirji/Dan Issa | Nd |
| IchéouIssoufou | Chef de village | Bouzeye/Sarkiyamma | 96938938 |
| Moussa Mahamane | Chef de Village | Dan Issa | Nd |
| Monsieur Altiné | Coordméd/FORSANI | Niamey | 89490202 |
| Monsieur Ambarka | Scal.-up Nutrition/FORSANI | Niamey | 91132853 |
| Yasmina AbdouAziz | Stagiaire/FORSANI | Niamey | 90387258 |

## Annexe N°3 : le cadre logique du projet ML

|  | **Logique d’intervention** | **Indicateurs objectivement vérifiables** | **Sources et moyens de vérification** | **Hypothèses** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Objectif général** | **Objectif général :** Contribuer à réduire le taux élevé de la malnutrition maternelle et infantile dans les régions de Zinder et Maradi grâce à des stratégies innovantes dans un contexte de crise et de développement alterné | le taux de malnutrition maternelle dans les communautés d’intervention diminue de 2% au moins par rapport aux données de référence | Étude de base, évaluation mi parcours, évaluation finale, rapports annuels |  |
| Le taux de malnutrition infantile dans les communautés d’intervention passe de 15,5 à 13% |
| Le % des femmes enceintes et allaitantes dont l’indice de masse corporelle est normal compris entre 18-25 varie de +25% par rapport aux données de référence |
| **Objectif spécifique** | Mettre en place d’ici 2013, un système participatif et intégré de prévention et de prise en charge de la malnutrition maternelle et infantile à base communautaire dans deux districts sanitaires des régions de Zinder et Maradi | Au moins 80% des équipes villageoises de promotion de la croissance et de prise en charge (EVPC/PC) organisent régulièrement des activités de dépistage massif, de prise en charge des cas modérés sans complication et de référence des cas compliqués et sévères | Étude de base, évaluation mi parcours, évaluation finale, rapports annuels | survenance d’une crise alimentaire et/ou nutritionnelle importante |
| Au moins 80% des mères des enfants de 6 à 36 mois ayant participé aux séances de sensibilisation pratiquent régulièrement et de façon variée les recettes nutritionnelles à domicile | Instabilité politique généralisée dans le pays qui perturberait la mise en œuvre de l’action |
| le taux d’allaitement exclusif de la naissance à 6 mois passe de 28 à 55% dans les communautés d’intervention | Étude de base, évaluation mi parcours, évaluation finale, rapports annuels | Situation sécuritaire (banditisme localisée, effets négatifs de la crise libyenne) |
| Le taux de prévalence contraceptive dans la zone (méthodes modernes) passe de 24 à 30% dans la zone d’intervention |
| le % des équipes fonctionnelles actives de distribution à base communautaire de contraceptifs passe de 20 à 50% dans la zone d’intervention |
| **Résultat attendu 1** | **un système intégré et participatif de gestion de la malnutrition (prévention, prise en charge, gestion des crises) est mis en place et actif dans 35 communautés :** | 50 communautés de la zone d’intervention ont un système intégré et participatif de gestion de la malnutrition (prévention et prise en charge) | Rapports d’activités périodiques, rapports annuels, enquête annuelle CAP |  |
| Au moins 40% des communautés de la zone mettent en œuvre l’ATPC (assainissement total piloté par les communautés) avec une couverture intracommunautaire moyenne de 50% (concessions assainies/concessions non assainies) |
| Au moins 80% des mères des enfants de plus de 6 mois peuvent, à la fin du projet, citer correctement les ingrédients de 3 recettes culinaires les plus pratiquées |
| **Résultat attendu 2** | **la population a une meilleure connaissance des causes de la malnutrition et prend les mesures adéquates pour réduire le taux de malnutrition.** | Au moins 2% de réduction du taux de malnutrition modérée dans la zone d’intervention | Rapports d’activités périodiques, rapports annuels, enquête annuelle CAP |  |
| Nombre de couples décomptés ayant consciemment et délibérément adopté l’espacement des naissances à la fin du projet |
| Nombre de ménages élus « ménages lumières » décomptés dans les communautés à la fin du projet |
| **Résultat attendu 3** | **Les FARN prennent en charge efficacement les enfants malnutris modérés** | 85% des enfants malnutris modérés admis au FARN sortent guéris | Rapports d’activités périodiques, rapports annuels, enquête annuelle CAP |  |
| Au moins 97% des enfants dépistés malnutris modérés sont admis dans les FARN |  |
| Au moins 50 communautés décomptées ont des EVPC qui fonctionnent selon les règles d’un système communautaire d’alerte précoce et de réponse aux urgences SCAP/RU |  |
| **Résultat attendu 4** | **Les formations sanitaires et les communes accompagnent les communautés dans leur effort de prévention et de prise en charge de la malnutrition** | Au moins 50% des formations sanitaires de la zone d’intervention ont amélioré la qualité de services rendus sur la prévention et la prise en charge de la malnutrition | Étude de base, évaluation mi parcours, évaluation finale, rapports annuels |  |
| Au moins 50% des CSI ont mis en place un système de référence et contre référence des cas de malnutrition sévère en lien avec les communautés |  |
| 85% des communes appuyées par le projet ont intégré les activités de nutrition dans leur PDC | Rapports d’activités périodiques, rapports annuels, enquête annuelle CAP |  |
| A la fin du projet, au moins 85% des communes ont suivi et évalué les activités de nutrition planifiées dans leur PDC |

| **Output /Effets/ impacts attendus** (Hiérarchie des Objectifs) | **Indicateurs output/ d’effets / Impact (IOV)** | **Valeur de référence (EDB)** | **Prévision Totale (Valeur cible)** | **Réalisation à Mi-parcours** | **Réalisation en fin du projet** | **Ecart (Réalisation – Prévision)** | **Commentaires / Justificatifs** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Impact** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Objectif général :** Contribuer à réduire le taux élevé de la malnutrition maternelle et infantile dans les régions de Zinder et Maradi grâce à des stratégies innovantes dans un contexte de crise et de développement alterné | Taux de malnutrition maternelle dans les communautés d’intervention | **31%** | **-2%** | 24% | **18,41%** | **+10,59%** |  |
| Taux de malnutrition infantile dans les communautés d’intervention | **15,60%** | **13%** | 13,60% | **13,90%** | **-0,90%** | Objectifs pas tout à fait atteint. Un écart de 0,90% par rapport à la cible |
| % des femmes enceintes et allaitantes dont l’indice de masse corporelle se situe entre 18 et 25 (normale) | **ND** | **(+) 25%** | 24,90% | **81,59%** | **+56,59%** |  |
| **Effets** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Objectif spécifique :** Mettre en place d’ici 2013, un système participatif et intégré de prévention et de prise en charge de la malnutrition maternelle et infantile à base communautaire dans deux districts sanitaires des régions de Zinder et Maradi | % des équipes villageoises de promotion de la croissance et de prise en charge (EVPC/PC) qui organisent régulièrement des activités de dépistage massif, de prise en charge des cas modérés sans complication et de référence des cas compliqués et sévères | **25%** | **80%** | 91,40% | **97,00%** | **+17,00%** |  |
| % des mères des enfants de 6 à 36 mois qui pratiquent régulièrement et de façon variée les recettes nutritionnelles à domicile | **30%** | **80%** | 77,80% | **90,00%** | **+10,00%** |  |
| % d’enfants allaités exclusivement au sein pendant les six premiers mois de leur vie | **31%** | **55%** | ND | **83,80%** | **+28,80%** |  |
| Taux de prévalence contraceptive dans la zone (méthodes modernes) | **10%** | **30%** | 20,60% | **37,50%** | **+7,50%** |  |
| % des équipes de distribution à base communautaire des contraceptifs fonctionnelles | **20%** | **50%** | 97,14% | **97,00%** | **+47,00%** |  |
| **Résultat 1 :** Un système intégré et participatif de gestion de la malnutrition (prévention, prise en charge, gestion des crises) est mis en place et actif dans 35 communautés : | Nombre de communautés ayant un système intégré et participatif de gestion de la malnutrition (prévention et prise en charge) [par rapport à l’étude de base] | **0** | **50** | 68 | **68** | **+18** |  |
| % des communautés où l’ATPC (assainissement total piloté par les communautés) est effective | **0** | **40%** | NR | **80,00%** | **+40,00%** |  |
| % des mères des enfants de plus de 6 mois qui peuvent citer correctement les ingrédients de 3 recettes culinaires les plus pratiquées | **54%** | **80%** | 78,40% | **90,00%** | **+10,00%** |  |
| **Résultat 2 :** La population a une meilleure connaissance des causes de la malnutrition et prend les mesures adéquates pour réduire le taux de malnutrition. | Au moins 2% de réduction du taux de malnutrition modérée dans la zone d’intervention | **9,5%** | **-2%** | 8,60% | **9,40%** | **-1,90%** | Objectifs pas tout à fait atteint. Un écart de 1,90% par rapport à la cible |
| Nombre des couples ayant adopté l’espacement des naissances à la fin du projet | **ND** | **ND** | ND |  |  | Similaire à la prévalence contraceptive (cf enquête quantitative) et le nombre d’utilisatrice |
| Nombre des ménages élus « ménages lumières » dans les communautés | **ND** | **ND** | ND |  |  | Aucune activité dans ce sens n’a été mise en œuvre. Le focus a été sur les femmes (Maman Lumières) |
| **Résultat 3 :** Les FARN prennent en charge efficacement les enfants malnutris modérés | % du nombre de guéris chez les enfants malnutris modérés admis au FARN | **74%** | **85%** | 86,31% | **69,14%** |  | Non renseigné par l’évaluateur final. Si nous faisons une moyenne des 3 années nous pouvons noter que :   * 89,12% des enfants sont réguliers au FARN * 67,08% des enfants sont sortis avec gain de poids après 15 jours * 69,14% des enfants sont sortis guéris après le suivi post 2 avec PB |
| Taux d’admission au FARN | **95%** | **97%** | 60% | **50,57%** |  | Non renseigné par l’évaluateur final. Nous proposons ici le rapport entre le nombre d'enfants malnutris modérés dépistés et ceux admis au FARN.  Si nous devions prendre uniquement les données pour les séances dépistage dont le nombre d’enfants malnutris modérés a atteint le niveau requis pour ouvrir un FARN (8 enfants et plus), cet indicateur dépasserai ce niveau. Malheureusement, nous ne disposons de tous les détails pour faire cette analyse. |
| Nombre de communauté avec une EVPC qui fonctionne conformément aux règles d’un SCAP/RU | **0** | **50** |  |  |  | Indicateur lié l’activité mise en place de Comité Réduction de Risque de Malnutrition CRRM. Or cette activée est déjà prise en compte par d’autres projets de CARE qui sont dans la même zone que ML (à savoir GARIC, MASASU). Voir rapport narratif final |
| **Résultat 4 :** Les formations sanitaires et les communes accompagnent les communautés dans leur effort de prévention et de prise en charge de la malnutrition | % des formations sanitaires de la zone d’intervention qui ont amélioré la qualité de services rendus sur la prévention et la prise en charge de la malnutrition | **ND** | **50%** | ND | **75,00%** | **+25,00%** | Calculé sur la base de l’évolution du taux d'utilisation des CSI échantillonnées |
| % des CSI qui ont mis en place un système de référence et contre référence des cas de malnutrition sévère en lien avec les communautés | **ND** | **50%** | ND | **100,00%** | **+50,00%** | Tous les CSI reçoivent les enfants et les FEFA référés, toutefois, la prise en charge n'est pas toujours effective surtout pour les FEFA. Le traçage des personnes référencées n'a pas pu être réalisé. . |
| % de commune dont le PDC intègre les activités de nutrition | **ND** | **85%** | NR | **100,00%** | **+15,00%** | Activités réalisées par l'Unicef |
| % de commune qui ont suivi et évaluer les activités de nutrition planifiés dans leur PDC | **ND** | **85%** | NR | **100,00%** | **+15,00%** | Toutes les communes d'intervention ont signés un protocole de suivi des activités et des structures communautaires qui leurs ont été transférés. La supervision a été conjointe avec entre la commune, le District Sanitaire et le Comité Sous régionale de la Gestion des Crises Alimentaires et des Catastrophes |

## Annexe N°4 : Suivi des activités par résultat

| **Activités planifiées** | **Activités réalisées** | **Taux de**  **réalisation** | **Commentaires** |
| --- | --- | --- | --- |
| **Activités de démarrage/transversales** | | | |
| 1. Recrutement du staff | Ok | **100%** |  |
| 1. Ateliers locaux de choix de villages | Ok | **100%** |  |
| 1. Etude de base | Ok | **100%** |  |
| 1. Planification détaillée de l’an 1 | Ok | **100%** |  |
| 1. Lancement officiel | Ok | **100%** |  |
| 1. Orientation sur les procédures du bailleur et des 3 ONGs | Ok | **100%** |  |
| 1. Conduite de l’évaluation mi-parcours | Ok | **100%** |  |
| 1. Audit de gestion financière à mi-parcours | Ok | **100%** |  |
| 1. Evaluation Finale du projet | Ok | **100%** |  |
| 1. Atelier final de capitalisation | Ok | **100%** |  |
| 1. Elaboration stratégie de retrait | Ok | **100%** | Réalisé et partagé avec les ONG de la zone. |
| 1. Audit Final de gestion financière | Ok | **100%** |  |
| **Résultat 1: Un système intégré et participatif de gestion de la malnutrition (prévention, prise en charge, gestion des crises) est mis en place et est actif dans 35 communautés** | | | |
| 1. Formation de base du nouveau staff | Ok | **100%** |  |
| 1. Identification des compétences locales et mises en place des structures communautaires | OK | **100%** | Toutes les structures prévues dans le cadre de ML ont été mises en place |
| 1. Formation des structures communautaires (EVPC/ML, DBC) | OK | **100%** | Réalisé  68/70 EVPC mises en place, + deux (2) anciennes (mise en place par le projet PPIND) ; 68/70 Equipes de DBC mises en place, + deux (2) anciennes du projet PPIND. |
| 1. Equipement des structures communautaires | OK | **100%** |  |
| 1. Suivi et encadrement des membres des structures | OK | **100%** | Cf. les différents rapports narratifs |
| 1. Mise en place et suivi des groupements MMD | OK | **100%** |  |
| 1. Mise en place des greniers nutritionnels | OK | **100%** |  |
| **Résultat 2 : la population a une meilleure connaissance des causes de la malnutrition et prend les mesures adéquates pour réduire le taux de malnutrition** | | | |
| 1. Communication pour un changement de comportement | OK | **100%** | Débutée dès le démarrage du projet |
| 1. Promotion de l’AME et Suivi des enfants 0-6 mois | Ok | **100%** |  |
| 1. Organisation des journées d’animation | Ok | **100%** | Activité démarrée à partir de la 2ième année |
| 1. Les journées dans blouse ou dialogue communautaire | OK | **100%** | Réalisée à la 3ième année |
| 1. Déclenchement de l’ATPC | OK | **100%** | Activité réalisée dans 56 Communautés, soit 80% au lieu de 40% prévu. |
| **Résultat 3 : Les FARN prennent en charge efficacement les enfants malnutris modérés** | | | |
| 1. Démarrage des activités de nutrition (dépistage et prise en charge) | Ok | **100%** | Débutée dès le démarrage du projet (précisément à partir du 2ième semestre) |
| 1. Placement des kits gouttes à gouttes (Jardins de case/plantation de case | OK | **100%** | Initialement il était prévu de placer des kits d’irrigation gouttes à gouttes. Sur la base de l’évaluation de la première campagne, cette activité a été réorientée vers la mise en place des plants du Moringa Olifeira |
| 1. Prévention et prise en charge de la malnutrition chez les femmes enceintes et allaitantes | OK | **100%** | Il s’agit spécifiquement du dépistage et référencement des femmes dépistées malnutries et les séances de sensibilisation sur une alimentation pour ce groupe cible |
| 1. Installation et formation des comités de réduction de risque de malnutrition (CRRM) | Non réalisée | **0%** | Cette activée est déjà prise en compte par d’autres projets de CARE qui sont dans la même zone que ML (à savoir GARIC, MASASU) |
| **Résultat 4 : les formations sanitaires et les communes accompagnent les communautés dans leur effort de prévention et de prise en charge de la malnutrition** | | | |
| 1. Formation des agents de santé sur le FARN et le protocole national de prise en charge de la malnutrition | Ok | **100%** |  |
| 1. Formation des élus locaux sur la nutrition et démographie | Ok | **100%** |  |
| 1. Organisation des supervisions conjointes | Ok | **100%** |  |
| 1. Intégration de la nutrition dans les plans de développement des communes (PDC) | Non | **0%** | Activité réalisée par l’Unicef |
| 1. Suivi des activités de nutrition par les Maires | OK | **100%** |  |
| 1. Formation des enseignants sur la nutrition | OK | **100%** | Cette activité a été réorientée vers la formation des Inspecteurs (qui supervisent les enseignants) et autres Secteurs Pédagogiques. |