



COVERAGE MONITORING NETWORK

Atelier National sur la Couverture des Programmes PCIMA au Niger

18 - 19 Février 2016, Niamey

Carine Magen | CMN | ACF-UK

Aziz Goza | CMN | HKI

1. Introduction

CMN (Coverage Monitoring Network) est un projet inter-agence mené par Action Contre la Faim (ACF), International Medical Corps (IMC), Concern Worldwide et Helen Keller International (HKI). Il a été lancé en juillet 2012 avec le soutien de la Direction Générale de l'Aide Humanitaire et de la Protection Civile de la Commission Européenne (ECHO) et le Bureau de l'USAID pour l'Assistance à l'étranger en cas de catastrophes naturelles (OFDA).

Le projet CMN vise à augmenter et améliorer la couverture des programmes de prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë (PCMA) à travers la promotion d'outils permettant l'évaluation de la couverture, le renforcement des capacités et le partage d'information.

Après le succès de la phase I, le CMN est entré en juin 2014 dans sa deuxième phase avec un accent particulier porté à la recherche des bonnes pratiques visant améliorer la couverture. Comme finalité, CMN s'engage à publier et partager ces résultats et développer les outils pratiques permettant dépasser les barrières à l'accès aux services PCMA.

Au Niger, le CMN a soutenu directement et indirectement quatre organisations pour réaliser des évaluations de la couverture en utilisant les méthodologies SLEAC ou SQUEAC, notamment ACF dans les districts de Keita et Mayahi ; La Croix Rouge Française dans les districts de Tanout et Agadez, IRC dans les districts de Ouallam et Filingué et Coopi dans le district de Tillabéri. A la suite de ces évaluations des plans d'action précis ont été développés en vue d'assurer une amélioration de la couverture.

Le présent atelier a visé à faire le bilan de ces activités, y compris les activités du CMN dans les autres pays prioritaires, et à partager avec tous les partenaires les outils développés pour faciliter la réalisation et le suivi des investigations de la couverture. Cet atelier a permis également aux différents partenaires d'enrichir leurs connaissances des méthodologies disponibles et poser les bases pour les activités respectives au cours de l'année 2016 afin d'améliorer l'accès aux services PCMA au Niger.

2. Objectifs

Objectif principal

- Contribuer à l'amélioration de la couverture des programmes PCMA au Niger.

Objectifs spécifiques

- Bilan des activités du CMN au Niger et dans les autres pays prioritaires
- Partage d'expérience de la mise en place des plans d'action au Niger et dans les autres pays prioritaires avec l'accent particulier porté sur les activités d'engagement communautaire
- Définition des grandes orientations pour les programmes PCMA au Niger

Les termes de références complètes de l'atelier se trouve dans Annexe 3

3. Résumé des présentations

3.1 Présentation : Partage d'expérience dans 9 pays prioritaires par le CMN

Résumé : Présentation du CMN (lieux d'intervention, outils, méthodes de travail, formation, développement de recommandations, diffusion de bonnes pratiques et leçons apprises, objectifs...)

Cf. présentation : <https://www.dropbox.com/s/bevjr2mcvnv1h0q/1%20Intro%20a%20%27atelier.pptx?dl=0>

But du CMN : améliorer la couverture

Période du projet: Mai 2014-Février 2016

Objectifs :

- Favoriser l'intégration des outils de l'évaluation de couverture
- Faire des recommandations pour améliorer la couverture
- Partager les leçons apprises

Le CMN est constitué de plusieurs ONG qui mettent à contribution des professionnels et leurs expertises pour développer la question de la couverture. Il est financé par ECHO et OFDA. Les ONG ou DS qui souhaitent estimer l'impact de leur programme peuvent faire appel à CMN qui les accompagnera (prestation gratuite) + simultanément, les enquêteurs sont formés pour appropriation de la méthodologie. Il est également possible, suite à la formation, d'obtenir un soutien à distance pour les partenaires désireux de mener une enquête. Le CMN partage également les expériences pour consolider l'amélioration de la couverture des programmes (harmoniser, cadre de travail commun...).

Préoccupation : Pourquoi y a-t-il une focalisation des enquêtes sur les MAS, et non prise en compte des MAM ? La méthodologie SLEAC/SQUEAC est plus pratique avec les MAS (méthodologie allégée et rapide, sans porte à porte pour une prise de décision rapide). Les barrières MAM et MAS sont assez proches. Les décisions qui seront prises auront un impact sur tous les cas de malnutrition.

Au niveau communautaire, les cas MAS (kash ou marasme) plus facile à repérer et donc, recueil d'informations (représentation, reconnaissance) plus facile.

3.2 Présentation : L'évaluation de la couverture au niveau mondial

Résumé :

- Enquêtes de couverture, état des lieux du renforcement des capacités et personnes formées au niveau mondial
- Identification des barrières

Cf. présentation :

<https://www.dropbox.com/s/wkvz5ul2spi1u3q/2%20Les%20evaluations%20de%20la%20couverture%20au%20niveau%20mondial.pptx?dl=0>

- Au Niger, le CMN a appuyé 7 districts sanitaires (Tillabéry, Fillingue, Ouallam, Agadez Commune, Tanout, Mayahi et Keita).
- De 2010 au 2015, 25 enquêtes de couverture SLEAC et SQUEAC ont été mené (parmi les pays ayant fait le plus d'enquêtes)
- Au niveau mondial, la tendance est à la baisse du nombre d'enquêtes de couverture.

Serait-il pertinent de mener une enquête de couverture au niveau national pour le Niger ?

L'intérêt de mener ce type d'enquêtes est que la SLEAC permet d'identifier les régions à problèmes et donc cibler les actions. Ainsi on obtient une image plus représentative.

Difficulté au Niger : un pool de personnes formées à ces méthodologies n'est pas en place. Un travail de renforcement des capacités est nécessaire.

Principales barrières dans les 9 pays prioritaires du CMN :

1. Manque de connaissance sur la malnutrition
2. Manque de connaissances des programmes PCIMA
3. Distance
4. Indisponibilité des accompagnants
5. Rejet important
6. Mauvaise qualité de la prise en charge

Le rejet est particulièrement mentionné par la population au Niger.

Echanges-débat :

Préoccupations :

- *Comment faire pour améliorer la qualité des enquêtes de couverture ?*
La formulation des recommandations pas toujours bien formulées/vagues (global, peu détaillé ou spécifié...) : les recommandations des communautés pas prises en compte. Souvent la focalisation est davantage sur la partie quantitative que sur la partie qualitative. Il faudrait bien cibler/adapter les recommandations afin de s'attaquer réellement aux barrières. Le plan d'action rédigé suite à la formulation des recommandations doit être suivi et évalué.
- Les focus groups permettent aux bénéficiaires de donner leurs opinions.
- Au niveau du système de santé, de réels problèmes viennent de l'intégration non-effective, manque de dépistage systématique, mauvais accueil, manque de qualifications des agents, cases de santé non fonctionnelles... → travailler au niveau micro, à réaliser avec les communautés. Manque d'appropriation des décideurs de santé.
- Créer un pool. Réaliser un mapping des personnes formées et assurer de loger la compétence au niveau de la DN/MSP
Accès aux recommandations. Former en termes d'actions ?

Réponses :

→ La méthodologie des enquêtes est en train de changer : présentation systématique aux communautés par la mobilisation communautaire + tentative de prendre en compte des recommandations réalisables et adaptées

→ Assurer une meilleure connaissance des contraintes et vécues des communautés : changement de posture. Les bénéficiaires sont en réalité des co-acteurs.

→ Jusqu'à la approche très individualisé des choses (ex : mère responsable de l'état de son enfant). Il faudrait favoriser dorénavant les approches collectives

→ Les barrières doivent être précisées. Elles sont évolutives et elles changent. Les réponses seront alors conceptualisées

→ Beaucoup d'autres des préoccupations trouveront réponses au fur et à mesure de l'atelier

- Implication des autorités : transformer les recommandations en plan d'action pour assurer une mise en œuvre/suivi
- Le paquet d'activités des cases de santé a été revu en 2012. Le problème est la mise à l'échelle. 13% de ces cases de santé sont équipés et disposent de RH nécessaires.

3.3 Présentation : Profil de pays de Niger

Cf. présentation : <https://www.dropbox.com/s/c9d6cpwx5ozv27b/3%20Profil%20PaysNiger.pptx?dl=0>

Ce profil a pour but de réaliser une analyse commune des informations clés et leçons apprises (capitalisation)

Constats :

- Pic d'admissions en juin et septembre : placer ses dépistages actifs en fonction de ce constat
- La prévalence a augmenté et le nombre d'admissions a diminué (rejet ?, diminution de la couverture ?...)
- Manque d'analyses des données à chaque niveau (DS, régional, national)
- Le nombre de bénéficiaires par enquête SMART semble peu fiables (SMART 2014 : 200 260 MAS attendus. Admissions 2°14 : 370 612 MAS soit une couverture à 185%)
- La couverture a tendance à descendre
- Taux de guérison plutôt bon au Niger mais le taux de couverture est peu élevé → les besoins satisfaits sont donc peu élevés (<52%)
- Prendre compte de la temporalité des activités (travaux champêtres, saison des pluies-> routes impraticables...) : identifier les zones et périodes avec le plus de difficultés et mobiliser les ressources aux bons moments
- Détecter les anomalies en vue de leur donner une réponse spécifique

Echanges/Débats :

Préoccupations :

- Analyse sur le PB médian n'apparaissait pas dans la présentation : permet de voir le dépistage précoce (diminution du nombre de cas MAS ++ ?). Le volet curatif a souvent été très mis en avant : il faudrait voir le résultat des initiatives innovantes en matière de prévention/mobilisation communautaire (résultats visibles sur moyen-long terme)
- Les pics pourraient être également imputables au dépistage de masse ?
- Faible couverture sanitaire au Niger à prendre en compte (environ 48%) : impact sur la couverture de la PCIMA. Les partenaires n'interviennent que dans l'aire sanitaire
- Estimation des bénéficiaires ?
- Est-il possible de mener des SQUEAC en fonction des aires de santé ? et hors des aires de santé ?
- Paquet de prévention peut-il impacter la diminution des admissions ?
- Comment améliorer la situation des deux pics ?

- *Détournement/partage des intrants ?*

Réponses :

- *Le profil pays est un brouillon*
- *La cible des bénéficiaires aide à la planification. Il s'agit d'une estimation. La méthode directe sur le terrain est nécessaire pour vérifier les données.*
- *Un échange avec la direction statistique sera réalisé afin de choisir la meilleure méthode de calcul*
- *PB médian : 110. Durée moyenne de séjour constante 6 à 4 semaines. L'idéal serait de diminuer pour faciliter le suivi des enfants*
- *Le leadership de la DN n'est pas suffisant même si la décentralisation est effective*
- *La couverture sanitaire ne peut pas être la seule explication : les communautés peuvent être davantage impliquées*
- *La mobilisation communautaire doit être différenciée en fonction de si les villages sont dans ou hors de la couverture sanitaire/aire de santé couvert par le partenaire. La stratégie de mobilisation communautaire devra être adaptée au contexte*
- *Des outils peuvent être utilisés au niveau de l'aire de santé (focus group entre deux aires de santé et comparer les réponses ; estimation de la couverture doit être fait sur un nombre minimum de 50 MAS sur la même période). Cependant, la méthode LQAS peut être utilisée.*
- *L'implication des communautés et notamment des hommes permettra de limiter le détournement/partage des intrants (PPN) → travailler sur les représentations (causes sous-jacentes peuvent être variées : consommation pour grossir ou augmentation de la libido ou aliment coupe-faim ...)*

3.4 Discussion : Barrières à l'accès

Importance de spécifier les barrières :

- **Peu de personnes qualifiées** pour le recueil de données qualitatives
- **Insuffisances des activités de mobilisation communautaire** (et de la définition de la santé communautaire → relais communautaires mais pas seulement, il faut que l'ensemble de la population soit impliquée/concernée)
- **Sensibilisation souvent limitée.** Canaux de communication à identifier pour mettre en place des stratégies de communication (adapter chaque message et élaborer avec la population)
- **Compréhension de la malnutrition** : variété des termes utilisés, méconnaissances des causes/symptômes, recours aux soins traditionnels, confusion MAS/MAM

3.5 Présentation : Plans d'action

Cf. présentation – Etudes de cas et solutions:

<https://www.dropbox.com/s/u6d4b740gqooed7/4%20%C3%89tudes%20de%20Cas%20et%20Solutions.pptx?dl=0>

Cf. présentation – Etudes de cas de Niger:

<https://www.dropbox.com/s/ylq80at106zhs4q/5%20etude%20de%20cas%20Niger.pptx?dl=0>

Objectifs :

- Mise à jour des plans d'actions SQUEAC
- Initier un travail collectif pour l'élaboration d'un « Protocole National de la couverture PCIMA et de la mobilisation communautaire »
- Soutenir l'aide à la décision des bailleurs de fonds pour le renforcement de la couverture PCIMA et la mobilisation communautaire

Bonnes pratiques et solutions :

- Restitution communautaire des résultats
- Adaptation des stratégies
- Activités innovantes
- Réponse opérationnelle et communautaire
- Amélioration du dépistage
- Nouveaux acteurs
- Investigation qualitative

3.6 Présentation COOPI

Cf. présentation : <https://www.dropbox.com/s/bnw9ro2pjxhv1hh/COOPI%20-%20Suivi%20des%20recommandation.pptx?dl=0>

Retour sur les résultats des enquêtes de couverture et suivi du plan d'action

Partage d'expérience sur le diagnostic communautaire : restitution des résultats de l'enquête pour prise de décisions/implication de la communauté

D'autres ONG ont également mené ce type de diagnostic : IRC, CRF et ACF. Finalement les retours ont été assez positifs

Débat/Discussions

Préoccupations :

- *Suivi des activités de mobilisation communautaire nécessaire. Ce point pourrait être développé au niveau du GTN.*
- *La pérennisation doit être une vraie préoccupation : s'appuyer sur des groupes existants peut limiter les risques*
- *Il ne faut pas bâtir toute la stratégie sur le volontariat : les communautés peuvent trouver des mécanismes*

3.7 Partage d'expériences

1^{er} exemple : Mali

Cf. présentation : <https://www.dropbox.com/s/88xfkb7l0fog73f/7%20Recherche%20Qualitative.ppt2.ppt?dl=0>

- SLEAC national : Vision global des barrières mais difficulté de cibler les actions
- Une compréhension plus approfondie était nécessaire → sollicitation de UNICEF de l'INRSP+CMN pour mener des recherches qualitatives dans les zones où la couverture était particulièrement faible.
- Elaboration d'une stratégie nationale par un plan d'action

2^{ème} exemple : Etat des lieux relais communautaire (Burkina Faso, Mali et Sénégal)

Cf. présentation:

<https://www.dropbox.com/s/v2qsgnylh13my10/6%20acf%20etude%20de%20cas%20sur%20le%20fonctionnement%20des%20relais.ppt?dl=0>

DN : Un document pour l'encadrement des relais communautaire est en cours de rédaction

3.8 Présentation des méthodologies de couverture

Cf. présentation :

<https://www.dropbox.com/s/xgdl8h7aem1i4yf/8.%20Methodes%20de%20couverture.pptx?dl=0>

Tous les éléments de la SQUEAC peuvent être utilisés individuellement (LQAS, étude des dynamique communautaire, théorie Bayes, échantillonnage géographique, suivi et analyse des données de routine, formulation des plans d'actions).

Chaque méthodologie est développée sur le site du CMN : www.coverage-monitoring.org

4. Résultats des discussions de groupes

GROUPE 1: Réunir les conditions favorables à la Mobilisation Communautaire

Contexte	Activité	Acteur/Partenariat
Faible implication des parties prenantes	Identifier les acteurs	Personnel de santé
Analphabétisme/faible accès à l'information	Utiliser les médias	Collectivités Partenaires
Faible mobilisation communautaire	Impliquer les acteurs	Personnel santé, leaders d'opinion, population
Faible connaissance des problématiques communautaires	Mener de recherche-action	Agents santé, ONG
Urbain, rural/nomade	Choisir des thèmes pertinents	Agents de santé
Insuffisance des ressources	Assurer la disponibilité des ressources	Etat, Collectivités, PTF
Faible utilisation des services	Améliorer l'accueil	Personnel santé
Faible implication des acteurs dans les programmes	Renforcer l'engagement	Relais, autorités coutumières/administratives, élus locaux, OSC
Mauvaise prise en charge	Renforcer les capacités	Personnel santé, communautés, leaders
Déficit de communication	Intensifier les VAD	Agents santé, relais communautaire

Groupe 2 : Elaboration d'une stratégie de communication (cibles : populations, professionnels de santé, institutions)

1. Contexte

Quels sont les messages qu'on veut passer à nos cibles et quels sont les défis ?

→ Cible population

Défis :

- Méconnaissance de la malnutrition (les femmes ne reconnaissent pas toujours la malnutrition comme une maladie). Comment assurer que les populations reconnaissent les signes de la malnutrition ?
- Les hommes ne sont pas assez impliqués dans les problèmes liés à la malnutrition et ne sont pas assez responsabilisés.
- Quelle stratégie utiliser pour éviter le partage du PPN et assurer que les bénéficiaires comprennent que c'est un médicament à prendre si on est malade) ?

→ Cible personnel de santé

Défis : les sensibilisations sont toutes faites par les RC – Il faut responsabiliser les structures de santé pour faire des sensibilisations au niveau des structures de santé.

Les agents de santé ne connaissent pas bien l'alimentation de complément

→ Cible autorités nationales

Défis : manque d'implication pour la mise en place de RH et le financement

Quels sont les outils ?

Existence d'outils de communication mais nos outils ne sont pas toujours adaptés à l'ensemble des cibles que nous voulons mobiliser en faveur de la nutrition (hommes,..) et les messages passés ne sont parfois pas assez détaillés ou précis et surtout, ils ne sont pas harmonisés.

Quels sont les canaux de communication utilisés jusque-là?

Différents canaux de communication existent et chaque acteur utilise des canaux différents et des messages non harmonisés.

Opportunités manquées lors desquelles nous pourrions faire de la communication (par exemple lors des tontines).

2. Activités

→ Cible population :

- Développer des messages qui ciblent les hommes pour responsabiliser les hommes – (ils ont des vélos et des charrettes pour amener les enfants aux CSI si les femmes sont occupées par les travaux champêtres).
- Mieux utiliser les réseaux de communication traditionnels : crieurs en particulier et radios communautaires et privés.
- Développer des messages plus précis (sur ce qu'est le PPN – seulement du lait, pâte d'arachide plus vitamines spécifiques à l'enfant donc cela ne doit aller qu'à l'enfant car il est malade et les adultes ont déjà le lait et la pâte d'arachide) et harmonisés (validés par ministère de la communication au niveau national) à diffuser sur les radios communautaires et lors de débats télévisés pour parler de la nutrition en langue et en français.

- Passer par les leaders traditionnels et les chefs religieux et faire le suivi avec eux pour assurer que la prêche (qui est basé sur l'actualité de la semaine) parle de la malnutrition.
- Faire des sensibilisations les jours de marchés (gros attroupements)
- Sensibilisation des tradipraticiens sur le traitement de la malnutrition et les les signes de la malnutrition
- Caravane de sensibilisations dans les communautés et au niveau des écoles : sketches, théâtres en milieu villageois pour renforcer le dialogue et l'échange autour de la problématique).
- Inventer un système de sanction positive au profit des mamans et des papas qui prennent bon soin de la santé nutritionnelle de leurs enfants (diplômes...)

→ Cibles personnels de santé :

Il faut responsabiliser les structures de santé pour faire des sensibilisations au niveau des CSI – sensibilisations trimestrielles de qualité avec pré et post test.

Elaborer des fiches techniques à placarder dans les CSI et des petits guides avec des recettes pour améliorer la connaissance de l'alimentation de complément.

→ Cibles autorités :

Communication auprès des autorités nationales (plaidoyer pendant les élections par exemple) pour mettre en place plus de RH et des financements pour la Nutrition.

Lien permanent avec les autorités nationales et locales pour passer des messages réguliers.

Organisation de téléthons/forums en faveur de la nutrition.

Mettre en place un système de sanction positive : diplôme du maire en faveur de la Nutrition

3. Acteurs/partenariats :

- Crieurs
- Radios
- Tradipraticiens
- Leaders religieux et communautaires (passer par associations islamiques, associations des leaders religieux)
- Cinéma Numérique Ambulant ?
- Fondation 1ere dame
- Personnalités pour téléthon

4. Financements :

- COGES (centimes additionnels)
- Communautés elles –même à travers les tontines ou en nature (les communautés apportent un appui en nature aux relais pour compenser le travail qu'ils font pour les communautés).
- Financement par les communes (PIA/PDC), les autorités locales et nationales
- Plaidoyer auprès de STA pour mettre en place la RSE et permettre de baisser le coup du PPN
- Approcher la fondation de la 1ere dame pour appuyer le financement de certains messages (+ appropriation par autorités)
- Approcher les compagnies téléphoniques pour diffuser messages SMS gratuit (Fondations)
- Organisation de téléthons en faveur de la nutrition avec des personnalités connues

Groupe 3 : Faiblesse du Dépistage

Contexte	Activités	Partenariat	financement
Dépistage communautaire	PB mères: mise à l'échelle	UNICEF DN/MSP Groupements villageois/leaders communautaires	- donation en nature des rubans PB par UNICEF Regroupement des villages pour minimiser les coûts formation en cascades à prévoir par les mères expérimentées afin de pérenniser les activités sans couts additionnels (responsabilisation de femmes leaders)
	Standardiser/Harmoniser les formations PB (partage d'expériences, documentations, outils...) -> validation nationale		
	Formation aux PB d'autres acteurs de la communauté (élèves, matrones, pères-écoles des maris, guérisseurs...)		
	Plaidoyer auprès d'UNICEF pour approvisionnement et disponibilité constante des rubans PB		
	Profiter des sorties foraines pour réaliser des dépistages PB		
	Sensibilisation en amont et en aval des formations PB+ suivi des activités		
	Réalisation de formations de recyclage		
Dépistage agent de sante	Coupler les dépistages avec les campagnes de masse (vaccination, CPS, JNV, SSE...)	PAM UNICEF DS Leaders communautaires	-Accessibilité des structures sanitaires -Système de référencement fonctionnel (implication COGES...) - Disponibilité RH, logistique et financière (moyen conséquent pour ce type de campagnes)
	Communication avant la campagne: crieur		
	Dépistage porte à porte; dépistage puits par puits (zone nomade)		
	Par plan de progression afin d'éviter la sortie de tous les agents de santé+éviter les pics d'admissions		
	S'assurer de la période du dépistage (avant paludisme/IRA/Soudure)		
	Réaliser des activités de rattrapage (post-dépistage)		

Groupe 4 Distance/ Itinéraires thérapeutiques

Contexte	Activité	Acteur/Partenariat	Financement
1. Distance en termes de longueur(KM)	Discuter/ entretien avec les communautés pour envisager des solutions locales	Communauté, commune, chefs CSI. ONGs, DS pour encadrement	
2. Inaccessibilité financière au moyen de transport existant	Autosupport de la communauté (cotisation pour une caisse de solidarité)		
3. Zone d'insécurité	Clinique mobile/stratégie avancées		
4. Inondations temporaires des zones de passage nécessitant de faire de grands détours	Rendre opérationnel les cases de santé en mettant en place un personnel qualifié (cases à 15Km)		
	Les femmes sont accompagnées au CSI par les hommes désignés ou déplacement en groupe		
	Mise en place de pirogue (doter les CSI de pirogue		
	Que les CSI reçoivent tous les enfants même s'ils ne sont hors aire		
	Participation communautaire		
	Donner une double ration pour réduire la fréquence au CSI		
	Assurer le retour à la maison à partir du CRENI		

Groupe 4 Itinéraires thérapeutiques

Contexte	Activité	Acteur/Partenariat	Financement
Auto médication	Sensibiliser la population sur le danger de l'auto médication	Mairie, Chefs CSI , leader d'opinion, la communauté	
Les croyances	Formaliser, encadre, intégrer les vendeurs ambulants de médicaments dans le circuit de distribution		
Manque d'autonomisation de la femme (décision et finance)	Formation, supervision et sanction positive		
Qualité des services fournis par le CSI	Sensibiliser les populations pour le changement de comportement		
Insuffisance des connaissances de signes de danger de la malnutrition	Formation de relais communautaires sur les signes de danger de la malnutrition		

Annexe 1: Liste des participants

Nom/Prenom	Structure	Téléphone	mail
El Hadj Mahamane Hamissou	DOS/MSP	96971079 / 90212884	elh_hamissou@yahoo.fr
Paul kagayo	ACF	88228690	pkagayo@ne.acfspain.org
Carine Magen	CMN / ACF-UK	003350473315	c.magen@actionagainsthunger.org.uk
Pierrot Kalubi Balonda	IRC	99729906	Pierrot.Kalubi@rescue.org
Daouda M'bodj	Coopi	96974394	cp.echo.nut.tillabert@coopi.org
Halladou Zammo	MDM F	90976938	advocacy.mdmniger@gmail.com
Kodo Zodi Moctar	Help	92194518	moutari@help-ev.de
Dr Maimouna Jackou	DN	98077810	mjackouboulama@yahoo.fr
Haboubacar Aminata	DS/MSP	90404645	minatousalim@yahoo.fr
Pierre Adou	UNICEF	80087338	padou@unicef.org
Younoussa Issaka	Chef de quartier	97291980	
Adama N'dyaye	Unicef	89801323	andiaye@unicef.org
Mahamadou Oumarou	DN/MSP	96416687 / 90983182	oumarou_birga@yahoo.fr
Maidaji Oumarou	Befen/Alima	96876309	befenmedco@yahoo.fr
Dr Ada Mahamane Idi	DN / MSP	96325830	idiada12@gmail.com
Sanogo Salia	CRF	99210312	ope-niger.frc@croix-rouge.fr
Seibou Michele	Concern	96410660	michele.seibou@concern.net
Maite Bagard	CRF / Alliance	89152921	hod1-niger.frc@croix-rouge.fr
Amadou Alzouma	ECHO	96969763	amadou.alzouma@echofield.com
Alexis Orhaconya	GOAL	89656393	acorchaconya@ne.goal.ie
Tidjani Boubou	PAM	92192774	tidjani.boubou@wfp.org
Lawali Adamou	HKI	96971529	ladamou@hki.org
Aziz Goza	CMN / HKI	0022177122162 3	agoza@hki.org
Bousquet Julie	Coopi	80037470	programcoord.niger@coopi.org
Deo Katsuva S	Alima / Befen	92187903	niger.comed.sud@alima-ngo.org

Annexe 2 : Agenda

Jour 1		
10h00	Bienvenue Introduction des participants Introduction au projet CMN et Objectifs de l'atelier	<i>Direction de Nutrition / UNICEF CMN</i>
10h15	Présentation activités CMN et principaux résultats dans les 9 pays d'intervention	<i>CMN</i>
11h00	PAUSE CAFE	
11h15	Présentation du profil de pays de Niger et activités CMN au Niger Discussion	<i>CMN Partenaires</i>
12h00	Intro aux plans d'action	<i>CMN</i>
12h30	Présentation étude de cas Coopi	<i>Coopi</i>
13h30	PAUSE DEJEUNER	
14h30	Présentation principales solutions et études de cas dans les autres pays (ex. étude relais, qualitatif Mali)	<i>CMN</i>
15h00	Discussion	<i>Partenaires</i>
15h45	PAUSE CAFE	
16h00	Les méthodologies de couverture Rappel des méthodologies de couverture disponible (SQUEAC / SLEAC / EDC) – laquelle enquête a choisir et quand ? Discussion	<i>CMN</i>
17h00	Clôture de la 1^{ère} journée	
J2		
9h00	Bienvenue Résumé de la 1 ^{ère} journée et objectifs pour la 2 ^{ème} journée	<i>CMN</i>
9h30	Quelles activités/ stratégies de mobilisation communautaire retenues pour 2016 au Niger ? Points communs au niveau national, différences, points forts, faiblesses et défis	<i>CMN</i>
10h30	Travaux de groupe : pour le développement de la mise à échelle de la Com Mob dans les services PCIMA de chaque partenaire - Besoins : financement, RH, formations, support technique	<i>CMN Partenaires</i>
11h30	PAUSE CAFÉ	
11h45	La stratégie nationale pour l'intégration de la mobilisation communautaire dans les services de la PCIMA <i>Une présentation brève par CMN avec le but de lancer les discussions</i>	<i>CMN Partenaires</i>
12h45	PAUSE DÉJEUNER + cloture	<i>Direction de Nutrition / UNICEF</i>

Annexe 3 : Termes de Reference Atelier clôture CMN 2

Contexte

Le CMN (Coverage Monitoring network) est un projet Inter-agences mené par Action Contre la Faim (ACF), International Medical Corps (IMC), Concern Worldwide et Helen Keller international. En collaboration avec l'UNICEF et le Groupe nutrition, le projet CMN a été lancé en juillet 2012 avec le soutien de la Direction Générale de l'aide humanitaire et de la protection civile de la Commission Européenne (ECHO) et le Bureau de l'USAID pour l'assistance à l'étranger en cas de catastrophes naturelles (OFDA).

Le projet CMN vise à accroître et à améliorer la couverture des programmes de prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë (PCMA) à travers la promotion d'outils permettant l'évaluation de la couverture, le renforcement des capacités et le partage d'information.

Après le succès de la phase I, le CMN est entré depuis Juin 2014, dans sa deuxième phase. Pour cette nouvelle phase, un accent particulier a été porté à la recherche de solutions et des bonnes pratiques visant améliorer la couverture avec comme finalité la publication et le partage de ces résultats et le développement d'outils pratiques destinés à dépasser les barrières à l'accès

Le CMN a soutenu directement et indirectement, de Juin 2014 à Mars 2015, quatre organisations pour réaliser des évaluations de la couverture en utilisant les méthodologies SLEAC ou SQUEAC.

A la suite de ces évaluations des plans d'action précis ont été développés en vue d'assurer une amélioration de la couverture.

Le présent atelier vise à faire le bilan de ces activités et à partager avec tous les partenaires les outils développés tout le long de cette phase du CMN. Cet atelier doit également permettre aux différents partenaires de poser les bases d'une planification pour l'année 2016 et permettre la poursuite des activités visant à suivre et à améliorer la couverture des programmes PECIMA au Niger.

Objectifs

a. Objectif principal

Contribuer à l'amélioration de la couverture des programmes PCIMA au Niger

b. Objectifs spécifiques

- Bilan de la mise en œuvre des plans d'action issus des SQUEAC
- Partager des expériences de mise en place des activités communautaires au Niger et dans les autres pays CMN
- Présentations des guides et autres outils développés par le CMN durant sa phase 2
- Etat des lieux des activités de mob com planifiées pour 2016.
- L'élaboration d'une ébauche d'une stratégie nationale pour la couverture et mobilisation communautaire

Participants :

La Direction Nutrition, ECHO et UNICEF invitent les partenaires impliqués dans la prévention et la prise en charge de la malnutrition aiguë au Niger.

Environ 30 personnes.

Déroulement de l'atelier :

L'organisation de l'atelier sera une alternance de présentations/ partages des résultats et de sessions participatives pour laisser la place aux échanges et pour une garantir une réflexion collective bénéfique à l'amélioration de la couverture des programmes PCIMA au Niger.

Dates : 11- 12 Février 2016

Lieu : Homeland Hotel, Niamey

Budget :

Pris en charge par le CMN

	Jour 1	Jour 2	
Nombre participants	30	30	
Location de salle + Pause-café + Pause déjeuner			1750€
Per diem X 8	80 000FCFA	80 000FCFA	245€
Divers (impression, location matériel etc.)			50€
Total			2045€

Résultats attendus :

Les résultats attendus de l'atelier doivent répondre aux objectifs principaux et spécifiques définis précédemment. Il s'agit de la mise en œuvre de stratégies locales et nationale pour atteindre une augmentation significative de la couverture des programmes PCIMA au Niger. Ainsi les différentes sessions doivent permettre aux acteurs impliqués :

- Une mise en commun des informations, résultats, défis et opportunités pour la couverture PCIMA au Niger
- L'élaboration concertée d'une stratégie nationale pour la couverture et la mobilisation communautaire
- L'engagement des différents acteurs dans une dynamique commune et cohérente
- La définition des étapes à suivre après la tenue de l'atelier

Valorisation :

- Rapport compile de l'ensemble des études présentées et des recommandations de l'atelier.
- Partage de l'analyse globale « Couverture et Mobilisation Communautaire au Niger » sur le site internet CMN.