



Collection Evaluation de projet En direct des projets

## **Rapport Final d'Evaluation externe à mi-parcours** *Réduction des risques de développement de séquelles invalidantes liés à la malnutrition des enfants de moins de 5 ans au Niger*

Programme concerné : Programme SAHA

Date : MARS 2025

*Nom du / des évaluateurs*

*Dr AMADOU CHARIFI Rabiou*

EP | EdP

### **Auteur(s)**

Dr AMADOU CHARIFI Rabiou

### **Contributeur(s)**

Dr AMINOU ILLIA M. Nafiou

Dr Hatimou Tahi Bako Almoctar

Kamayé Chaibou

### **Edition**

Humanité & Inclusion

Direction des opérations

### **Crédit photo (couverture)**

© Nom du photographe/HI, date, Niger

### **Remerciements**

L'équipe remercie tous les acteurs et partenaires de HI pour les informations qu'ils ont fournies et l'aide qu'ils ont apportée dans le cadre de cette évaluation.

# Sommaire

---

Tables des figures.....	Erreur ! Signet non défini.
Sigles et Abréviations.....	Erreur ! Signet non défini.
<b>1. Présentation de l'intervention évaluée.....</b>	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
1.1. HI et l'intervention concernée .....	6
1.2. Objectifs de l'intervention .....	6
1.3. Activités déployées dans le cadre de l'intervention .....	7
<b>2. Présentation de l'évaluation.....</b>	<b>7</b>
2.1. Enjeux et objectifs .....	7
2.2. Questions évaluatives .....	8
<b>3. Méthodologie .....</b>	<b>8</b>
3.1. Réunion de cadrage et recherche documentaire .....	8
3.2. Type d'approche.....	8
3.3. Population et échantillonnage .....	9
3.4. Déroulement .....	13
3.5. Traitement et analyse des données.....	13
3.6. Difficultés rencontrées .....	13
<b>4. Résultats de l'analyse et appréciation du projet.....</b>	<b>14</b>
4.1. Résultat 1 : Evaluation de la progression du projet "Réduction des risques de développement de séquelles invalidantes liés à la malnutrition des enfants de moins de 5 ans Maradi au Niger" .....	14
4.2. Résultat 2 : Evaluer le niveau de partenariat entre les agents de santé, et du projet ainsi que le niveau d'implication et de participation des agents socio sanitaires dans les activités de stimulation .....	18
4.3. Résultat 3 : Evaluer la qualité de prestation des activités : stimulation, soins en thérapie de stimulation, prise en charge psychosociale .....	20
4.4. Résultat 4 : Mesurer les effets apportés par la mise en œuvre du projet dans la vie des bénéficiaires .....	21
4.5. Résultat 5 : Identifier les leçons apprises et les bonnes pratiques afin de formuler des recommandations pertinentes à l'attention des parties prenantes, des partenaires et du bailleur de fonds pour assurer une meilleure orientation du projet ou la prise en compte dans les prochaines propositions de projet .....	24
<b>5. Conclusion.....</b>	<b>26</b>
<b>6. Recommandations .....</b>	<b>26</b>
<b>7. Annexes .....</b>	<b>28</b>
7.1 Termes de référence de l'évaluation .....	28
7.2 Rapport de démarrage .....	28
7.3 Grilles d'entretien et questionnaires .....	28
7.6 Profils, personnes interviewées et localisation (cartographie) .....	29
7.7 Bibliographie .....	31

## Tables des figures

Figure 1: Couverture géographique de l'évaluation .....	9
Figure 2: Proportion des parties prenantes enquêtées .....	14
Figure 3: Nombre d'enfants stimulés en groupe par tranche d'âge .....	15
Figure 4: Nombre d'enfants en kinésithérapie en groupe par tranche d'âge .....	15
Figure 5: Nombre des agents de santé par sexe .....	16
Figure 6: Nombre des Relais communautaires par sexe et situation d'handicap .....	17
Figure 7: Proportion des domaines de développement de l'enfant constatée par les accompagnantes .....	20
Figure 8: Proportion de la satisfaction des bénéficiaires .....	23
Figure 9: Accessibilité aux centres de stimulation .....	23
Figure 10: Proportion des bénéficiaires en matière des effets positifs.....	24

## Sigles et Abréviations

**AKN** : Association des Kinésithérapeutes au Niger

**CRENAS** : Centre de Récupération et d'Éducation Nutritionnelle en Ambulatoire des enfants malnutris Sévères

**CRENI** : Centre de Récupération Nutritionnelle en Interne

**CSI** : Centres de Santé Intégrés

**DGD** : Direction générale Coopération belge au développement et Aide humanitaire

**DRSP/P/AS** : Direction Régionale de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales du Niger

**FNPH** : Fédération Nigérienne des Personnes Handicapées

**HI** : Humanité & Inclusion

**MSP/P/AS** : Ministère de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales du Niger

**DN** : Direction de la Nutrition au Niger

**OPH** : Organisations de Personnes Handicapées

**READ** : Projet Réduction du risque de développement de séquelles invalidantes liées à la malnutrition des enfants » d'une durée de 5 ans au Niger

**SAHA** : Programme Sahel-Atlantique d'Humanité & Inclusion (HI)

# 1. Présentation de l'intervention évaluée

## 1.1. HI et l'intervention concernée

Le programme Sahel-Atlantique (SAHA) d'Humanité & Inclusion (HI) a comme aire géographique le Niger, le Burkina Faso, le Togo et Bénin. Au Niger, HI avec l'appui financier de la Direction générale Coopération belge au développement et Aide humanitaire (DGD), met en œuvre dans la région de Maradi un projet de développement du secteur de la Réadaptation en vue de la « Réduction du risque de développement de séquelles invalidantes liées à la malnutrition des enfants » d'une durée de 5 ans (2022-2026). L'objectif poursuivi dans le cadre de cette intervention est la réduction du risque de développement de déficiences ou des séquelles invalidantes liées à la malnutrition et à certaines pathologies invalidantes chez les enfants grâce à la prévention primaire et aux mécanismes d'identification et de référencement précoce vers des services de réadaptation physique et fonctionnelle de qualité et inclusifs. Ainsi, la stratégie de prévention s'articule autour de :

1. Éducation et sensibilisation : Mettre en place des programmes d'éducation sur la nutrition et la santé, visant à informer les familles sur l'importance d'une alimentation équilibrée pour le développement des enfants.
2. Accès à des ressources alimentaires : Assurer un accès facile à des aliments nutritifs et abordables pour les familles à faible revenu, en collaborant avec des organisations locales.
3. Suivi régulier de la santé : Promouvoir des visites médicales régulières pour surveiller la croissance et le développement des enfants, permettant une détection précoce de la malnutrition.

De même les mécanismes d'identification créent des outils simples et efficaces pour identifier rapidement les enfants à risque de malnutrition ou de séquelles invalidantes ; forment les travailleurs de la santé et les éducateurs pour qu'ils puissent reconnaître les signes de malnutrition et orienter les familles vers les ressources appropriées. Dans ces mécanismes, il était important de travailler avec les différents secteurs (santé, éducation, services sociaux) pour établir un réseau de soutien qui facilite l'identification et le référencement. Le projet a pour but de garantir un accès à des soins de qualité aux enfants identifiés comme ayant besoin de réhabilitation physique et fonctionnelle, adaptés à leurs besoins spécifiques et d'assurer une approche inclusive que les services de réhabilitation sont accessibles à tous les enfants, quel que soit leur statut socio-économique ou leurs capacités. Et cela en adoptant des pratiques inclusives et mettre en place des programmes de suivi pour évaluer l'efficacité des interventions et ajuster les services en fonction des besoins évolutifs des enfants.

C'est dans ce contexte et selon la politique de planification, de suivi et d'évaluation de HI, qu'il est préconisé de réaliser une évaluation mi-parcours pour les projets d'une durée de 3 ans ou plus. L'objectif de cette évaluation mi-parcours est de déterminer si le projet induit des changements positifs dans la vie des bénéficiaires, d'identifier d'éventuelles mesures correctives et, le cas échéant, de réorienter le projet.

## 1.2. Objectifs de l'intervention

L'objectif de cette évaluation mi-parcours est de déterminer si le projet induit des changements positifs dans la vie des bénéficiaires, d'identifier d'éventuelles mesures correctives et, le cas échéant, de réorienter le projet.

Spécifiquement, il s'agit de :

1. Evaluer la progression du projet pour l'atteinte des résultats définis dans le cadre du projet ;
2. Evaluer le niveau de partenariat entre les agents de santé, et du projet ainsi que le niveau d'implication et de participation des agents socio sanitaires dans les activités de stimulation ;
3. Evaluer la qualité de prestation des activités : stimulation, soins en kinésithérapie d'éveil, prise en charge psychosociale ;
4. Mesurer les effets apportés par la mise en œuvre du projet dans la vie des bénéficiaires ;
5. Identifier les leçons apprises et les bonnes pratiques afin de formuler des recommandations pertinentes à l'attention des parties prenantes, des partenaires et du bailleur de fonds pour assurer une meilleure orientation du projet ou la prise en compte dans les prochaines propositions de projet.

### 1.3. Activités déployées dans le cadre de l'intervention

- ✓ Appuis aux politiques nationales dont l'intégration de la thérapie de stimulation dans le protocole National de prévention et de Prise en charge de la malnutrition au Niger, appui à l'élaboration d'une stratégie de réadaptation dont la réalisation d'une évaluation STARS ;
- ✓ Construction, Réhabilitation et dotation en matériel de kinésithérapie, les jouets et les outils tels que la Blue box, cahier de développement des 30 espaces de stimulation ;
- ✓ Formation des agents de santé, des agents socio sanitaires ;
- ✓ Prise en charge des enfants en thérapie de stimulation, en stimulation en groupe et les cas des référencement des enfants avec un besoin spécifique vers des centres spécialisés ;
- ✓ Sensibilisation des mères/accompagnants ;
- ✓ Formation et sensibilisation des acteurs locaux sur le handicap, droits des personnes handicapées et inclusion ;
- ✓ Une étude de barrières d'accès des personnes handicapées aux biens et services disponibles dans la communauté.

## 2. Présentation de l'évaluation

### 2.1. Enjeux et objectifs

L'évaluation à mi-parcours du projet "Réduction des risques de développement de séquelles invalidantes liées à la malnutrition des enfants de moins de 5 ans, Maradi, Niger" présente plusieurs enjeux clés :

- a) Mesure de l'impact : Évaluer si les interventions ont réduit la malnutrition et les séquelles invalidantes chez les enfants, en suivant des indicateurs de santé et de croissance ;
- b) Mise en œuvre des activités : Vérifier la bonne exécution des activités prévues, l'adéquation des ressources et le respect des délais ;
- c) Engagement communautaire : Analyser l'implication des communautés locales et leur adoption des bonnes pratiques nutritionnelles ;
- d) Réajustement des stratégies : Identifier les ajustements nécessaires pour améliorer l'efficacité et l'atteinte des objectifs.

## 2.2. Questions évaluatives

- Comment le projet a su mettre en place une approche permettant d'améliorer la qualité et la facilité d'accès au service de réadaptation au profit des populations cibles en tenant compte des valeurs et expériences de HI ?
- Comment les acteurs impliqués comprennent la thérapie de la stimulation et de quelles manières ces derniers la prennent en compte dans le déploiement de paquet de prise en charge de la malnutrition ?
- De quelle manière le projet contribue-t-il à l'atteinte de changements positifs et mesurables pour les parents et les professionnels de santé pour permettre aux enfants des zones couvertes par le projet de participer et de recevoir une prise en charge nécessaire à leur récupération ?
- Comment le projet intervient pour renforcer les acteurs locaux et nationaux pour s'assurer que la thérapie de la stimulation continuera après la fin du projet ?
- Le projet répond-il aux demandes, besoins et priorités des bénéficiaires et des groupes cibles ?
- Le programme est-il cohérent au regard du contexte local actuel, en particulier des politiques et lignes directrices nationales ?
- Dans quelle mesure les partenaires techniques et de mise en œuvre sont régulièrement informés et activement impliqués dans les processus de décision concernant les orientations et la mise en œuvre du programme ?
- Les partenaires contribuent-ils de manière active, régulière et suffisante au succès et à l'atteinte des résultats du programme ?

## 3. Méthodologie

### 3.1. Réunion de cadrage et recherche documentaire

Une réunion de cadrage a été organisée avec l'équipe technique et les partenaires de mise en œuvre du « Projet Réduction des risques de développement de séquelles invalidantes liés à la malnutrition des enfants de moins de 5 ans au Niger », et le consultant. Les points discutés au cours de cette réunion sont les suivants :

- Présentation des TDRs adaptés clarifiant les objectifs et résultats attendus de la mission ;
- Méthodologie proposée, taille de l'échantillon, liste des entretiens à conduire et sites à retenir pour la collecte ;
- Organisation du pré-test avant la phase de collecte sur le terrain ;
- Responsabilités et facilités accordées par HI pour la conduite de cette étude.

En plus de la clarification sur ces points, cette réunion a été mise à profit pour solliciter le partage des documents sur le projet, objet de cette étude auprès de l'équipe technique de sa mise en œuvre. L'analyse de ces documents a permis d'enrichir la compréhension du contexte, de mieux cadrer/orienter les activités terrains de l'étude. Il est à noter que cette mission d'évaluation s'est déroulée de façon participative, en accordant une place importante aux différents acteurs de mise en œuvre et aux bénéficiaires.

### 3.2. Type d'approche

Pour atteindre les objectifs de cette étude, il est nécessaire d'utiliser une approche de recherche mixte. Autrement dit, les données qualitatives ont été collectées auprès des différents groupes stratégiques cibles du projet à l'aide des entretiens approfondis avec les acteurs clés avec les bénéficiaires. Des observations directes ont porté sur les réalisations

faites par le projet sur le terrain. Les informations recueillies lors du volet qualitatif ont été croisées et permis de dégager les contraintes et de proposer des solutions et recommandations pertinentes pour une programmation future dudit projet.

Un questionnaire a été conçu et installé sur des tablettes pour collecter des informations quantitatives. Le volet quantitatif à travers le questionnaire sur tablette (Kobo-Toolbox) a permis à son tour d'évaluer le niveau de satisfaction et de définir les repères permettant de surveiller et d'évaluer l'impact du programme.

### 3.3. Population et échantillonnage

#### 3.3.1 Couverture géographique

L'étude a été menée dans 16 communes des 07 départements de la région de Maradi. Il s'agit de Aguié, Tchadoua, Dakoro, Adje koria, Gazaoua, Gangara, Guidan Roumdji, Sae Saboua, Tibiri, Mayahi, Kanembakaché, Issawane, Madarounfa, Tessaoua, Maijirgui et Korgom (figure 1).

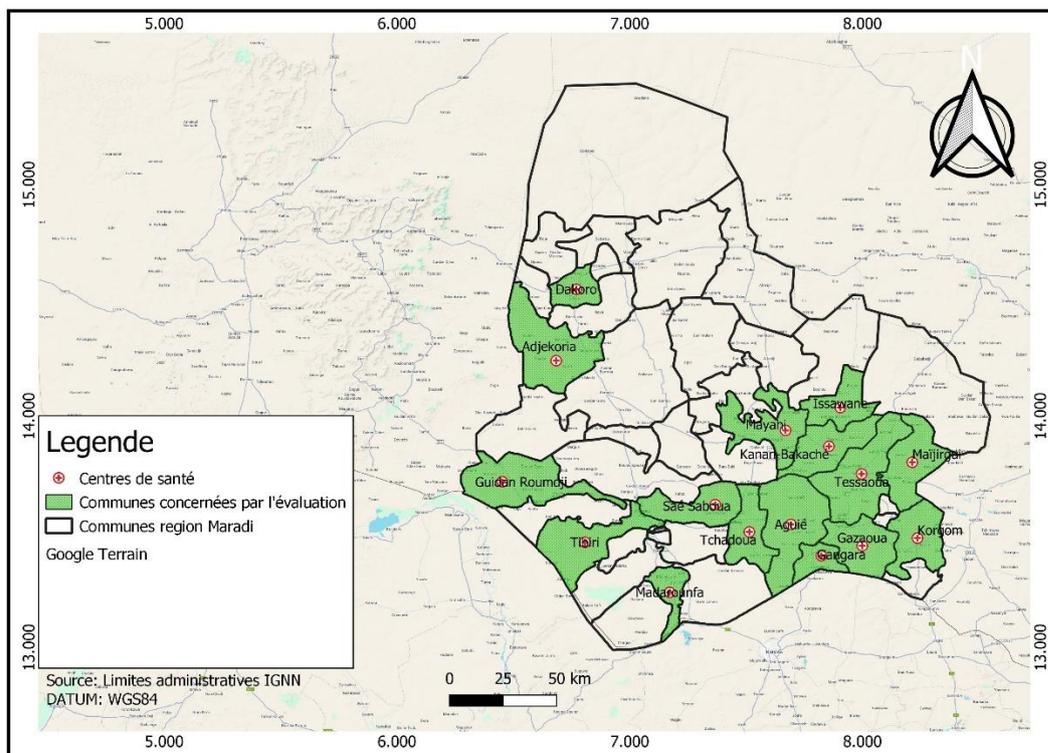


Figure 1: Couverture géographique de l'évaluation

#### 3.3.2 Population d'étude

L'évaluation est essentiellement focalisée sur les centres de santé intégrés (CSI) disposant de CRENI OU CRENAS dans les 16 communes d'intervention de la région de Maradi. Ces communes ont été sélectionnées sur la base des interventions et du fait qu'elles abritent les sites devant servir à la conduite des activités de thérapie de stimulation. Les groupes stratégiques cibles de cette étude sont les agents sociaux sanitaires, les agents de santé, les parents (mères et pères), les kinésithérapeutes, les agents de projet, les partenaires (DRSP, DGD, AKN, DN, Plan International) et les autorités administratives. En plus de ces groupes et en fonction des besoins du terrain tout autre groupe pouvant servir à l'étude a été interviewé.

### 3.3.3 Echantillonnage

La méthode d'échantillonnage pour cette évaluation est l'échantillonnage aléatoire Stratifié proportionnel. La méthode de stratification, tenant compte de l'effet « région » (en termes de production), donne également à chaque CSI la même probabilité d'être choisie. Cette méthode est d'autant plus efficace que la population est composée de sous-groupes homogènes en matière d'activités (stimulation en groupe, kinésithérapie et référencement) en leur sein à savoir les districts ou CSI disposant des CRENI et CRENAS. A cela, s'ajoute l'aspect sécuritaire, l'accessibilité et la dimension temporelle de l'évaluation à mi-parcours. Pour une question de représentativité, l'échantillonnage était de 72% des CRENAS représentant 17 centres de santé intégrés et 66% des CRENI correspondant aux 06 hôpitaux de districts. Les CRENI ET CRENAS retenus pour cette évaluation à mi-parcours sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1 : Type de centre de santé retenus par communes

Départements	Communes	Type de centre de santé	Localisation
Aguié	Aguié	CSI Naki Karfi (CRENAS)	Naki karfi
	Tchadoua	CSI Tchadoua (CRENAS)	Tchadoua
Dakoro	Dakoro	CSI urbain (CRENAS)	Dakoro
	Dakoro	Hôpital de district (CRENI)	Dakoro
	Adje koria	CSI Adje Koria (CRENAS)	Adje koria
Gazaoua	Gazaoua	Hôpital de District (CRENAS)	Gazaoua
		CSI de Madobi (CRENAS)	Gazaoua
		CSI Boukouzaoua (CRENAS)	Gazaoua
	Gangara	CSI Gangara (CRENAS)	Gangara
Guidan Roundji	Guidan R	CSI urbain (CRENAS)	Guidan R
	Tibiri	CSI Tibiri (CRENAS)	Tibiri
	Sae Saboua	CSI Sae Saboua (CRENAS)	Sae Saboua
Madarounfa	Madarounfa	Hopital de district (CRENI)	Madarounfa
		CSI Urbain Madarounfa (CRENAS)	Madarounfa
Mayahi	Mayahi	Hôpital de district (CRENI)	Mayahi
	Issawane	CSI Issawane (CRENAS)	Mayahi
	Kanembakaché	CSI Kanembakaché (CRENAS)	Kanembakaché
Tessaoua	Tessaoua	Hôpital de district (CRENI)	Tessaoua
		CSI Urbain Tessaoua (CRENAS)	Tessaoua
	Maijirgui	CSI Maijirgui (CRENAS)	Mai Jirgui
	Korgom	CSI Korgome (CRENAS)	Korgom

Ainsi, pour les entretiens, focus groups, et observations, la situation se présente comme suit :

Entretien :

- 2 agents sociaux sanitaires par centre de santé (soit 100%) ;
- 2 agents de santé intervenant dans les activités de stimulation par centre de santé (soit 75 à 100 %) ;
- 10 mères/pères anciens cas (qui ont suivi au moins une séance de stimulation avant le jour de la collecte) par centre de santé (les anciens cas nous permettrons d'évaluer

véritablement la progression du projet) sachant que le nombre des anciens cas varie entre 5 à 10 par jour ;

- 4 partenaires du projet (DN, DRSP/P/AS, Plan, AKN).

Focus Group :

- 1 structure des personnes handicapées par département retenue.

Observation :

- 1 observation d'une séance de stimulation, des infrastructures par centre de santé retenue.

Tableau 2 : Situation des entretiens, focus groupe et observation

Départements	Communes	Type de centre de santé	Localisation	Nombre					
				Agents sociaux sanitaires	Mères/pères	Agents de santé	Entretien Partenaires	Focus groupe Inclusion	Observation
Aguié	Aguié	CSI Naki Karfi (CRENAS)	Naki karfi	2	11	1	2	1	1
	Tchadoua	CSI Thadoua (CRENAS)	Tchadoua	0	4	0			1
Dakoro	Dakoro	CSI urbain (CRENAS)	Dakoro	2	10	1		1	1
		Hopital de district (CRENI)	Dakoro	2	10	1			1
	Adje koria	CSI Adje Koria (CRENAS)	Adje koria	2	10	2			1
Gazaoua	Gazaoua	Hopital de District (CRENAS)	Gazaoua	2	10	2		1	1
		CSI Madobi	Gazoua	2	6	2			1
	CSI Bougouzaoua	Gazoua	2	12	1	1			
	Gangara	CSI Gangara (CRENAS)	Gangara	2	7	1			1
G.Roundji	G. Roundji	CSI urbain (CRENAS)	G. Roundji	2	10	2		1	0
	Tibiri	CSI Tibiri (CRENAS)	Tibiri	2	10	2	1		
	Sae Saboua	CSI Sae Saboua (CRENAS)	Sae Saboua	2	9	2	1		
Madarounfa	Madarounfa	Hopital de district (CRENI)	Madarounfa	2	10	1	1	1	
		CSI Madarounfa	Madarounfa	2	11	1		1	
Mayahi	Mayahi	Hopital de district (CRENI)	Mayahi	2	1	1	1	1	
	Kanembakashe	CSI Kanembakashe (CRENAS)	Kanembakashe	2	9	1		1	
		CSI Issawane	Issawane	1	10	1		0	
Tessaoua	Tessaoua	Hopital de district (CRENI)	Tessaoua	2	0	2	1	0	
	Mai jirgui	CSI Mai jirgui (CRENAS)	Mai Jirgui	1	11	1		1	
		CSI Urbain Tessaoua (CRENAS)	Tessaoua	2	10	2		1	
	Korgom	CSI Korgome (CRENAS)	Korgom	1	8	1		1	
Total				37	179	28	2	7	18

### 3.4. Déroulement

Le travail de terrain a été assuré par 02 équipes composées de 04 personnes chacune dans 02 véhicules. Chaque équipe a à sa charge un axe : Axe Est constitué de 07 communes : Aguié, Tchadoua, Gazaoua, Gangara, Tessaoua, Maijirgui et Korgom et Axe Nord-Ouest constitué de 8 communes : Dakoro, Adje koria, Guidan Roudji, Sae Saboua, Tibiri, Madarounfa, Mayahi, Issawane et Kanembakaché). Un mécanisme de suivi interne de l'étude a été mis en place afin de respecter le protocole et le délai qui auront été arrêtés avec HI pour l'exécution de la mission. Un dispositif est mis en place pour assurer l'assurance qualité à travers :

- des logiciels et programmes informatiques de validation permettant de vérifier la cohérence logique des données ;
- le gestionnaire des données et le coordinateur de terrain vérifieront 10 % (retenus aléatoirement) ;
- analyse de la complétude des informations et identification des valeurs aberrantes durant l'apurement des données ;
- élaboration d'un plan d'analyse et d'un plan de rapportage des données sur la base des objectifs et des résultats attendus de l'enquête.

### 3.5. Traitement et analyse des données

Les entretiens ont été enregistrés et retranscrits en français pour l'analyse avec relecture afin d'identifier les thèmes communs qui reviennent le plus souvent, et des codes ont été développés et appliqués à toutes les retranscriptions. Des liens ont été établis entre eux à travers des mémos, parallèlement aux données y afférentes dans le logiciel. Des matrices ont été créées pour comparer les données par type de répondant. Les données qualitatives ont été utilisées au mieux pour étayer ou expliquer les résultats de l'enquête quantitative qui ont été traités à l'aide du logiciel SPSS et Excel pour la production des graphiques.

### 3.6. Difficultés rencontrées

En termes de difficultés, on peut citer ce qui suit :

1. Une mauvaise coordination avec les associations des personnes handicapées a entraîné des retards ou des incompréhensions pour la conduite des focus group. Certaines associations de personnes handicapées n'ont peut-être pas été suffisamment impliquées dans le processus de conception ou de mise en œuvre, ce qui a freiné l'adhésion locale pour la conduite de l'évaluation ;
2. La mobilité ou affectation de certains agents de santé qui ont reçu la formation pour un autre centre de santé qui n'a pas eu d'infrastructure ou d'espace de stimulation ;
3. Le non-retour de certains partenaires pour conduire l'entretien tel que la Direction Régionale de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales (DRSP/P/AS) ;
4. L'affectation de la Directrice de la Nutrition vers une autre direction du Ministère n'a pas permis d'avoir des informations exhaustive auprès de ladite direction.

## 4. Résultats de l'analyse et appréciation du projet

L'évaluation à mi-parcours du projet « Réduction des risques de développement de séquelles invalidantes liés à la malnutrition des enfants de moins de 5 ans, Maradi au Niger » est menée auprès des agents socio sanitaires, agents de santé et parents accompagnants dans les centres de santé d'intervention. Au total, 249 personnes dont 40 agents socio sanitaires, 179 parents accompagnants, 28 agents de santé et 2 partenaires du projet ont été enquêtés (figure 2). Ainsi les résultats se présentent comme suit :

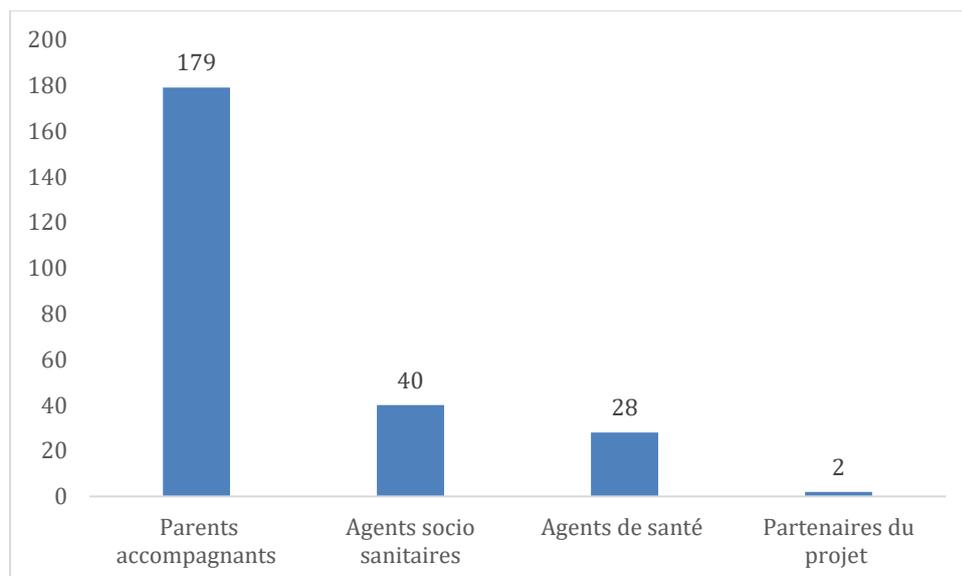


Figure 2: Proportion des parties prenantes enquêtées

### 4.1. Résultat 1 : Evaluation de la progression du projet “Réduction des risques de développement de séquelles invalidantes liés à la malnutrition des enfants de moins de 5 ans Maradi au Niger”

Un des objectifs de cette étude d'évaluation portait directement sur la progression enregistrée dans la mise en œuvre de ce projet dans la région de Maradi. A travers cet objectif, les interviewés cherchent à apprécier en fonction de leur responsabilités les progrès induits par le projet. Ainsi, de janvier 2022 à février 2025, date de cette évaluation à mi-parcours, il ressort les résultats ci-après :

Pour la stimulation, on dénombre 36 027 enfants âgés de 0 à 59 mois bénéficiaires des services, pour une cible de 30 000 enfants pendant le projet, soit un pourcentage de 120,09%. Parmi ces chiffres, 18 735 sont des garçons correspondant à une proportion de 52% et 17 292 filles qui représentent 48%. Ces enfants ne présentent pas d'handicap mais plutôt ils ont un retard de développement physique.

Les soins en Kinésithérapie totalisent 279 cas des enfants référés pour suivre lesdits soins pour une cible de 500 enfants pendant le projet. On constate une tendance inverse et que le nombre de cas féminin dépasse celui de cas masculin. Ainsi, les cas féminins représentent 150 soit une proportion de 53,76% tandis que les cas masculins valent 129 correspondants à 46,24%.

La désagrégation en âge de ces données se présente dans les figures ci-après :

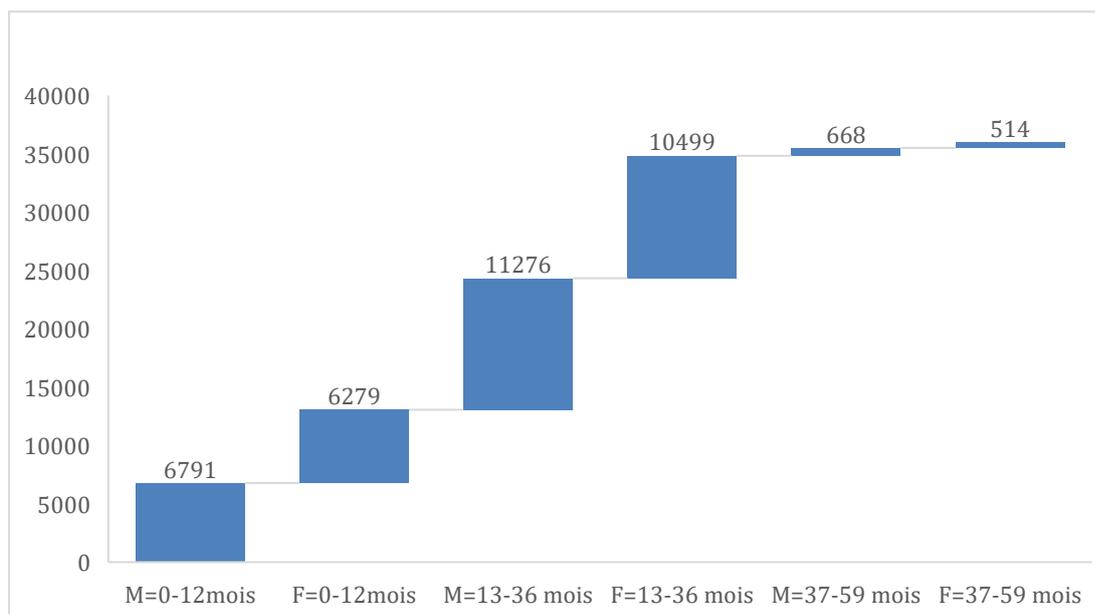


Figure 3: Nombre d'enfants stimulés en groupe par tranche d'âge

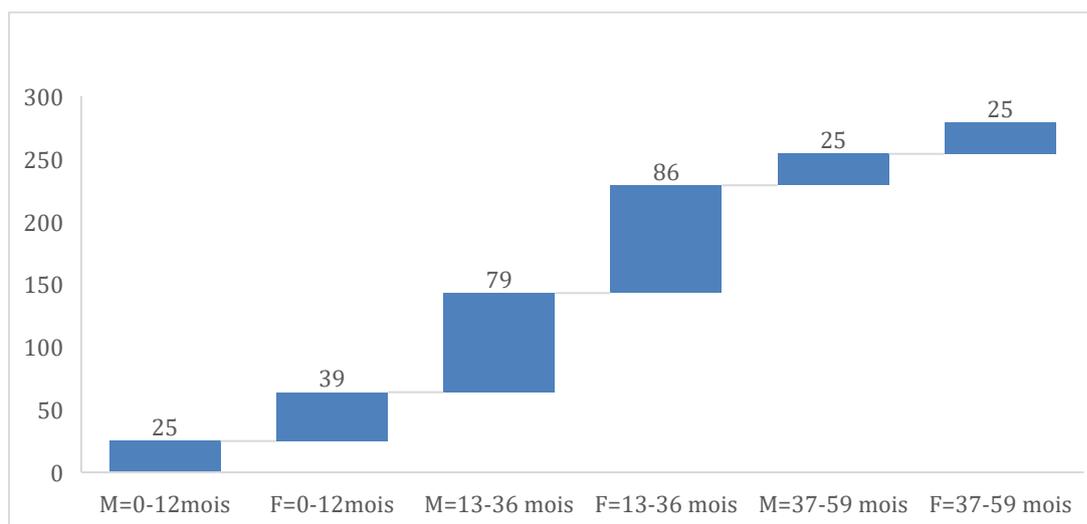


Figure 4: Nombre d'enfants en kinésithérapie en groupe par tranche d'âge

Les figures 3 et 4 présentent l'évolution des chiffres relatifs aux enfants stimulés en groupe et en kinésithérapie. Pour la stimulation en groupe, les enfants de la tranche d'âge 13-36 mois garçons et filles présentent un taux élevé de retard de développement. De même que pour la kinésithérapie, certains de ces enfants sont référés pour en suivre le traitement.

#### 4.1.1 Renforcement des capacités

Le projet "Réduction des risques de développement de séquelles invalidantes liées à la malnutrition des enfants de moins de 5 ans à Maradi, au Niger" met aussi l'accent sur le renforcement des capacités des agents de santé et des relais communautaires pour la prise en charge des enfants en retard de développement. Ainsi, lors de l'enquête, 28 agents de santé avec 15 femmes et 13 hommes et 40 relais communautaires dont 28 femmes et 12 hommes, parmi lesquels une personne présente un handicap (physique locomoteur) interrogés ont vu leur capacité renforcée (figure 5 et 6).

Les agents de santé ont reçu des formations approfondies sur les modules tels que le développement psychomoteur de l'enfant, la prise en charge et le traitement de la malnutrition aiguë et chronique chez les enfants. Cela inclut des connaissances pratiques sur les thérapies de stimulation, la gestion des cas graves de malnutrition, et le référencement en cas de complications liées à la malnutrition. Les résultats de cette évaluation à mi-parcours montrent une avancée considérable dans le domaine de la formation pour les agents de santé. Ainsi, deux sessions de formation ont eu lieu dont une en 2023 et l'autre en 2024 pour un total de 120 participants (Rapport de formation DRSP/P/PAS, Maradi). Le projet prévoit former au moins 100 agents de santé pour la région de Maradi et de la petite enfance qui vont intégrer la stimulation précoce dans leurs actions de sensibilisation et de guidance familiale. Dans plus de 70% des centres de santé visités, on dénombre 28 agents de santé formés par le projet disponible dans les centres pris en compte par l'évaluation bien que certains ont été affectés dans d'autres centres de santé hors de la zone d'intervention du projet.

Quant aux relais communautaires, qui jouent un rôle dans la mobilisation et sensibilisation des communautés pour qu'elles participent et adoptent les bonnes pratiques de nutrition et aux services de santé disponibles, en assurant une bonne communication entre les familles et les structures sanitaires locales, 40 ont été formés dont 2 centres de santé avec 01 personne en situation d'handicap (figure 6). Ces relais ont reçu des renforcements des capacités sur les techniques de stimulation, les étapes de développement de l'enfant et la sensibilisation des parents. Cependant, les relais communautaires n'ont pas été formés aux différents types de handicaps et à l'utilisation des outils et technologies d'assistance pour l'accessibilité dans l'espace par les handicapés. Cela ne modifie pas leur manière de fonctionner ou n'introduit pas de nouvelle dynamique dans leur travail d'autant plus que les relais sont formés pour l'aspect médical c'est-à-dire la stimulation. Ils jouent un rôle clé dans la sensibilisation et le suivi des familles et sont formés pour conduire les activités de stimulation et prendre soins des jouets au sein de l'espace de stimulation. Ils apprennent également à transmettre des messages de prévention sur l'alimentation équilibrée, les soins aux enfants, et les bonnes pratiques en matière de la conduite de stimulation à domicile.

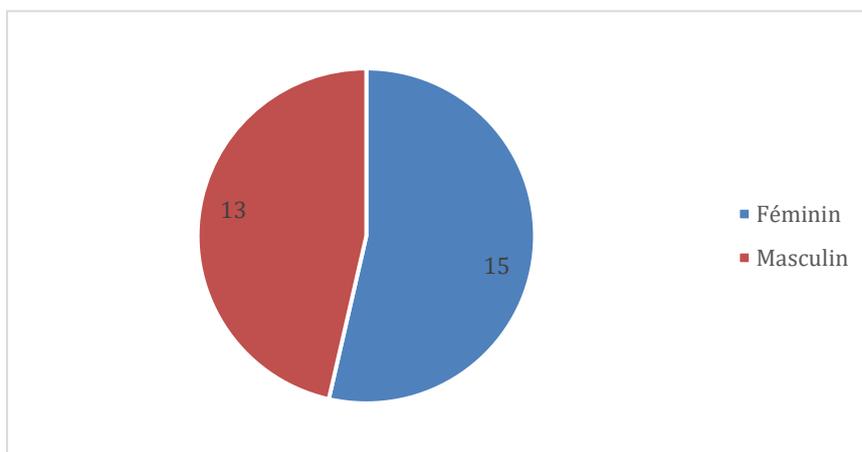


Figure 5: Nombre des agents de santé par sexe

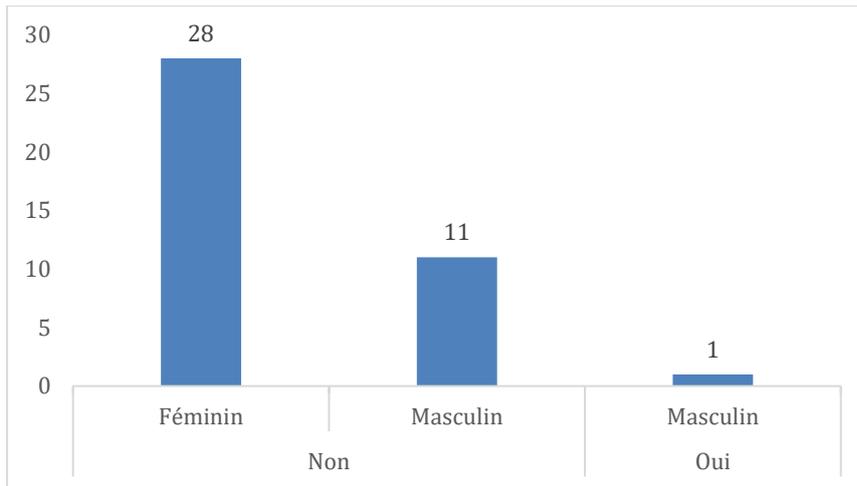


Figure 6: Nombre des Relais communautaires par sexe et situation d'handicap

#### 4.1.2 Infrastructures ou espace de stimulation

Il ressort de l'observation faite sur le terrain, que tous les centres de santé visités dans le cadre de cette évaluation à mi-parcours disposent d'un espace de stimulation. La dimension varie d'un département à un autre. Ces espaces de stimulation sont équipés de jouets appropriés aux enfants, présentant un bon état et qui sont accessibles aux ménages et adaptés en fonction des âges des enfants (0-59 mois). Ils sont entretenus par les agents socio sanitaires qui animent les séances de stimulation. L'intérieur de l'espace de stimulation présente une hygiène qui est acceptable, mais dans les environnants de l'espace se retrouvent dans certains centres des tas d'ordures qui peuvent nuire à la santé des enfants. Les activités de stimulation observées lors de passage pour cette évaluation respectent les normes en matière de nombre de participants qui est de 05 à 07 enfants, le temps mis est de 30 à 45 minutes et les jouets sont distribués en fonction de l'âge des enfants (photo 1). Il est à souligner que l'utilisation de la Bluebox par les relais communautaires n'est pas effective et cela s'explique par le fait que lors du passage des équipes de collecte des données la plupart des enfants observés sont à leur 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> passage voir plus. Les enfants étant épanouis se détachent des mamans pour se consacrer aux jeux ou des supports d'exercices en fonction de ce qu'ils ont l'habitude d'utiliser, pendant ce temps les mamans les observent, les aident et assurent également la sécurité et facilitent les interactions entre enfants.

L'accessibilité des personnes handicapées aux espaces de stimulation est un enjeu essentiel pour garantir une égalité d'accès à tous les types d'environnements sensoriels, éducatifs ou récréatifs. Ainsi, Les entrées même si elles ont toutes des rampes d'accès sont différentes en fonction des dimensions des espaces qui varient d'un département à un autre. Certaines sont larges et facilement manipulables par des personnes en fauteuil roulant ou à mobilité réduite tandis que d'autres sont plus étroites. On note également l'absence des équipements ajustables (tables, sièges) pour les personnes ayant des besoins spécifiques en termes de posture ou de confort. Les espaces de stimulation ne disposent pas des éléments sonores, par contre l'éclairage est plus ou moins approprié (éclairage naturel, soleil ni trop intense ni trop faible, pas des solutions d'éclairage variables selon les préférences de l'utilisateur).

L'accessibilité aux espaces de stimulation pour les personnes handicapées ne se limite pas seulement à la suppression des obstacles physiques, mais inclut également une conception de l'espace respectueuse des différentes formes de handicap. Une véritable inclusion passe

par des environnements qui permettent à chacun de vivre des expériences enrichissantes en toute autonomie.



Photo 1 : Séance de stimulation en groupe au niveau de CSI de Tibiri

## **4.2. Résultat 2 : Evaluer le niveau de partenariat entre les agents de santé, et du projet ainsi que le niveau d'implication et de participation des agents socio sanitaires dans les activités de stimulation**

### **4.2.1 Les partenaires du projet**

Le projet est aligné avec les politiques nationales de santé du Niger et travaille en étroite collaboration avec plusieurs acteurs institutionnels et non gouvernementaux :

- Ministère de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales qui est un partenaire clé, car il définit les priorités en matière de santé publique et coordonne les initiatives nationales de santé. Le projet s'inscrit dans la stratégie nationale de santé et contribue à l'atteinte des objectifs de santé fixés par le gouvernement du Niger. Les partenaires directs sont la Direction de la Nutrition (DN) et la Direction Régionale de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales (DRSP/P/AS) pour le renforcement de capacité, avec la Direction des Organisations de soins (DOS) notamment pour l'appui à l'élaboration de la stratégie de Réadaptation.
- Organisation Non Gouvernementale : Le projet travaille également en synergie dans le Cadre de Stratégique Commun avec le partenaire Plan International sur le trajet d'apprentissage. Ce partenariat permet de renforcer la capacité d'intervention du projet, notamment par le soutien technique en matière de l'inclusion.
- Au niveau local, l'Association des Kinésithérapeutes du Niger joue un rôle essentiel dans la supervision des activités de santé menées dans le cadre du projet. Et conduit à des journées portes ouvertes annuelles d'échange et de sensibilisation autour de la réadaptation. Cependant même si le projet dispose de deux kinésithérapeutes, la participation de cette association dans la prise en charge n'était pas effective au niveau des espaces de stimulation en raison du manque en nombre des kinésithérapeutes et de la consultation entre les deux partenaires.

#### 4.2.2 Niveau de partenariat et impact sur le terrain

En matière de partenariat, le projet Réduction des risques de développement de séquelles invalidantes liés à la malnutrition des enfants de moins de 5 ans au Niger bénéficie d'une parfaite collaboration à tous les niveaux selon les résultats de l'enquête. Il est à souligner une haute implication et participation de tous les acteurs impliqués dans le projet. Les constats ont montré presque dans tous les centres de santé visités, les personnels du projet étaient activement mobilisés autour des bénéficiaires.

La collaboration entre les agents de santé, l'équipe projet et les acteurs institutionnels permet de mettre en place des interventions adaptées aux réalités locales. Les référencement des enfants pour des soins en kinésithérapie se déroulent d'un centre de santé de type 2 au district à travers un partenariat formel renforcé par le projet. Les échanges réguliers entre ces différents partenaires assurent une bonne communication et un alignement des actions pour éviter les duplications et maximiser l'impact des interventions.

Les agents de santé bénéficient du soutien du projet en matière de formation, et à la reconnaissance des activités menées. Cela contribue à améliorer les conditions de travail des agents de santé, à renforcer leur efficacité et à assurer l'appropriation ainsi que la pérennité des activités.

Le projet Réduction des risques de développement de séquelles invalidantes liés à la malnutrition des enfants de moins de 5 ans aide également à renforcer la gouvernance locale en impliquant les relais communautaires et en assurant une gestion participative des activités de stimulation.

Les activités réalisées par le projet Réduction des risques de développement de séquelles invalidantes liés à la malnutrition des enfants de moins de 5 ans au Niger ont assuré un bien-être économique et social pour tous les bénéficiaires et par là même une certaine cohésion au sein de la société puisque chacun peut y jouer un rôle et peut y être reconnu.

Il a été relevé à Tessaoua lors d'une discussion de groupe avec l'Association des personnes handicapées des propos expliquant le degré de la dimension horizontale (relation entre les membres de l'association) de l'implication des agents de projet. « **Dès lors que le projet entreprend de réaliser une activité au sein de notre localité, celle-ci se déroule dans le calme et la sérénité. Cela permet de faire confiance à l'autre car sans la confiance, il serait difficile de coordonner leurs actions afin de réaliser le travail** » (focus group du 18/02/2025). Un sentiment de satisfaction entre les gens pendant et après l'activité règne malgré leur situation d'handicap dans la communauté à Tessaoua. La notion de « bien-être » renvoie à quatre dimensions : équité dans l'accès, dignité et reconnaissance, autonomie et développement personnel, participation et engagement.

De même que le degré de la dimension verticale (c'est-à-dire relation entre les agents de projet, de santé et les bénéficiaires) dans les centres de santé d'intervention du projet est d'un niveau satisfaisant avec les agents de santé, relais communautaires et autorités traditionnelles, qui servent d'intermédiaires entre les besoins et les demandes de leurs communautés. Une femme affirmait « **Dans notre communauté il y a une parfaite collaboration entre la communauté et les agents de santé, agents de projet et relais communautaires car ils nous écoutent en cas de besoin et ce vice versa ; si ça dépasse leurs capacités ils se réfèrent vers les compétences appropriées** ». La collaboration avec la coordination du projet est en bon termes car la mise en œuvre des activités se fait dans le respect, la discipline et la déontologie.



La dimension verticale intègre le partage de l'information entre communautés et autorités, l'amélioration de la gestion des biens du projet par les relais communautaires. La bonne collaboration avec les responsables du projet, la communauté, les bénéficiaires directs et les autorités locales et administratives est un point fort des activités du projet. La Direction régionale de la santé publique, de la population et des affaires sociales (DRSP/P/AS) à travers Les agents socio sanitaires et les agents de santé ont assuré la formation des mères accompagnantes pour reproduire les activités de stimulation à la maison.

### 4.3. Résultat 3 : Evaluer la qualité de prestation des activités : stimulation, soins en thérapie de stimulation, prise en charge psychosociale

Dans le cadre de l'évaluation de la qualité des activités tels que la thérapie de stimulation, soins en kinésithérapie et prise en charge psychosociale, plusieurs critères tels que l'efficacité, la satisfaction des bénéficiaires, l'accessibilité et respect des normes et protocoles, ont été pris en compte pour apprécier la qualité de ses activités. L'objectif de cette évaluation à mi-parcours est d'assurer que les interventions sont adaptées aux besoins des enfants, tout en garantissant leur bien-être et leur évolution positive. Ainsi :

#### 4.3.1 Stimulation

La stimulation proposée dans le cadre des activités éducatives et sensorielles a montré une bonne qualité d'intervention et est désormais intégrée au protocole National de Prévention et prise en charge de la malnutrition (PPCIMA). Avant toute intervention, une évaluation des stades de développement des enfants est automatique à travers une fiche de développement et un cahier de développement. Les exercices sont variés, adaptés aux capacités individuelles des enfants bénéficiaires en fonction de leur âge et organisés selon un planning structuré. L'accompagnement est personnalisé, avec une attention particulière portée à l'adaptation des stimulations en fonction de l'évolution de chaque enfant. Des résultats positifs ont été observés, notamment une amélioration de la motricité globale avec une fréquence de 139, la motricité fine (121), la réceptivité, de la communication et des interactions sociales des enfants (figure 7).

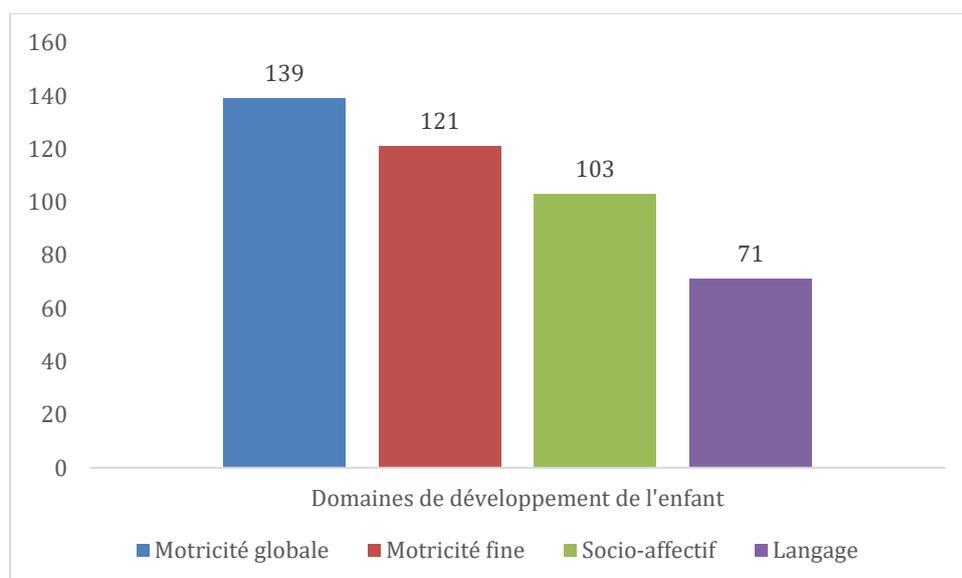


Figure 7: Proportion des domaines de développement de l'enfant constatée par les accompagnantes

#### 4.3.2 Soins en kinésithérapie

Les soins en kinésithérapie ont été jugés très satisfaisants par les mères dont les enfants ont été référés. « **Les professionnels de santé montrent un haut niveau de compétence technique et d'empathie** », disait une maman au niveau de centre de santé de Korgom. Les séances sont bien organisées et permettent aux patients d'améliorer leur motricité et leur coordination. Les progrès sont visibles au fil des séances, et une attention particulière est portée à la prise en charge des besoins spécifiques, notamment pour les enfants présentant des troubles moteurs. Une mère témoigne à travers ces mots : « **Mon enfant référé à Aguié est revenu avec ses sphères de compétences améliorés notamment le développement de ses membres inférieurs et la sensibilité affective.** » Cependant, le suivi est irrégulier, ne permettant pas ainsi d'ajuster les traitements et de s'assurer du confort des enfants vu que les Kinésithérapeutes disponibles sur le projet sont insuffisants pour couvrir toute la zone d'intervention du projet à intervalle régulier. HI dispose que de deux (02) agents Kinésithérapeutes qui sillonnent les 08 départements d'intervention du projet. Chaque agent a à sa charge 04 département en fonction de l'Axe. L'axe Est est composé de Mayahi, Aguié, Gazaoua et Tessaoua tandis que l'axe Nord-Ouest comporte les départements de Madarounfa, Guidan Roudji, Dakora et Bermo. Des pistes d'amélioration peuvent être envisagées, notamment en matière de coordination entre les différentes équipes de soins et la mise en place de temps d'échanges réguliers pour évaluer l'évolution des patients par les agents de santé des structures sanitaires d'intervention.

#### 4.3.2 Renforcement de capacité des Organisations de Personnes Handicapées (OPH) en matière d'inclusion

Ce renforcement de capacité s'est révélé être un point faible de la prestation malgré les recommandations de l'étude barrières « **Mener des actions de sensibilisation et formation des acteurs sur le handicap, les droits des personnes handicapées et l'inclusion en vue d'un changement de regards vis-à-vis des personnes handicapées** ». Les personnes handicapées qui bénéficient de ce domaine manifestent un sentiment d'insatisfaction et semblent ne pas s'approprier de l'intervention. On relève une insuffisance ou incompréhension de l'objectif de l'intervention par les OPH bénéficiaires en tenant compte de leur environnement, des ressources psychologiques et de leur état émotionnel. Quelques activités de sensibilisation ont vu le jour dans certains départements contribuant ainsi à améliorer la connaissance des droits des personnes handicapées, à diminuer leur anxiété et à favoriser leur participation active dans la société. Ainsi, dans les zones d'intervention, le projet a formé et sensibilisé les personnes handicapées pour qu'elles soient des acteurs d'un certain poids décisionnel dans l'arène associative locale. Le projet a contribué à l'amélioration de la visibilité des personnes handicapées dans leurs communautés. Les OPH et particulièrement la Fédération Nigérienne des Personnes Handicapées (FNPH), Section de Maradi a bénéficié de budget pour la célébration des journées nationale et internationale pour la promotion des droits des personnes handicapées. Le projet a beaucoup œuvré dans la promotion des droits et l'inclusion des personnes handicapées, des pratiques encourageantes ont été identifiées au niveau de certaines communes d'intervention du projet.

### 4.4. Résultat 4 : Mesurer les effets apportés par la mise en œuvre du projet dans la vie des bénéficiaires

Le projet a été mis en place afin d'apporter un soutien durable et adapté aux bénéficiaires, en particulier dans les activités de la stimulation et en kinésithérapie et du développement psychomoteur des enfants. Cette évaluation vise à mesurer les effets concrets de la mise en œuvre du projet dans la vie des bénéficiaires.

À cet égard, les résultats sont très positifs. Une majorité (92,7%) des bénéficiaires, notamment les mères accompagnantes, a signalé une amélioration significative de leurs capacités à reproduire les activités de stimulation à la maison, avec un meilleur accès à l'information et des outils pédagogiques adaptés. La participation aux séances de stimulation a permis d'acquérir des compétences pratiques, renforçant ainsi leur autonomie et leur capacité à contribuer au développement psychomoteur de leurs enfants au quotidien. Les bénéficiaires ont également mentionné une meilleure confiance en leurs capacités d'apprentissage, ce qui a eu un impact direct sur leur motivation.

Cependant, lors de l'évaluation le cas des enfants handicapés ayant un âge compris entre 0 à 59 mois n'a pas été rencontré sur le terrain, par contre ces cas une fois détectés sont pris en charge par le projet et référés vers les structures de santé appropriées (Centre Hospitalier régional de Maradi, Hôpital Général de référence de Maradi) tout en assurant un accompagnement financier de la prise en charge des soins à travers les fonds d'équité. Il faut noter que le besoin de la réadaptation a été exprimé dans l'étude barrière par les personnes handicapées de manière générale notamment l'amélioration de l'accès aux soins de réadaptation.

#### **4.4.1 Renforcement de l'autonomie et pratique de la stimulation par les bénéficiaires**

Le projet a eu un impact tangible sur l'autonomie des bénéficiaires en matière de la stimulation. À travers les différentes séances de stimulation en groupe observées, les bénéficiaires (97,2%) ont montré une plus grande indépendance dans ses activités contre seulement 2,8%, qu'il s'agisse de l'attention faite, de l'organisation de leur emploi du temps ou de l'accès à des services au centre de santé. De plus, l'accompagnement en matériel jeux adaptés au contexte local fourni a contribué à renforcer l'estime de soi et la capacité à faire face à des défis personnels. Cette autonomie accrue s'est traduite par une meilleure insertion dans la société et une diminution de la dépendance à des structures extérieures en fabriquant des jouets locaux.

#### **4.4.2 Impact sur le développement et bien-être de l'enfant**



Les résultats de cette évaluation montrent que la mise en œuvre du projet a eu un effet positif sur le bien-être mental et émotionnel et développement des enfants. En effet, 92,7% des mères accompagnantes interrogées affirment qu'elles ont été complètement satisfaites du projet contre 7,3% qui se disent partiellement satisfaites (figure 8). Le soutien apporté par des professionnels qualifiés a permis à de nombreux bénéficiaires de surmonter des difficultés émotionnelles et sociales, de réduire l'anxiété et le stress, et d'améliorer le développement psychomoteur de leurs enfants. Le projet a également

permis une meilleure communication plus efficace avec leur entourage. Les bénéficiaires ont souligné une plus grande stabilité émotionnelle et une meilleure capacité à gérer des situations de crise. Ainsi, pour les bénéficiaires, la stimulation contribue à l'épanouissement émotionnel de l'enfant, améliore les performances intellectuelles du jeune enfant de même que ses performances physiques. Une mère exprime son témoignage à travers ces mots « ***mon enfant ne pouvait rien faire même manger mais maintenant avec ces activités de stimulation et prise en charge, il y a une amélioration. Il mange même s'il ne peut pas encore***

**s'asseoir ».** De même cette mère également « **j'avais amené mon enfant presque mourant mais maintenant ça va donc je ne peux que remercier les travailleurs du projet et Dieu ».**

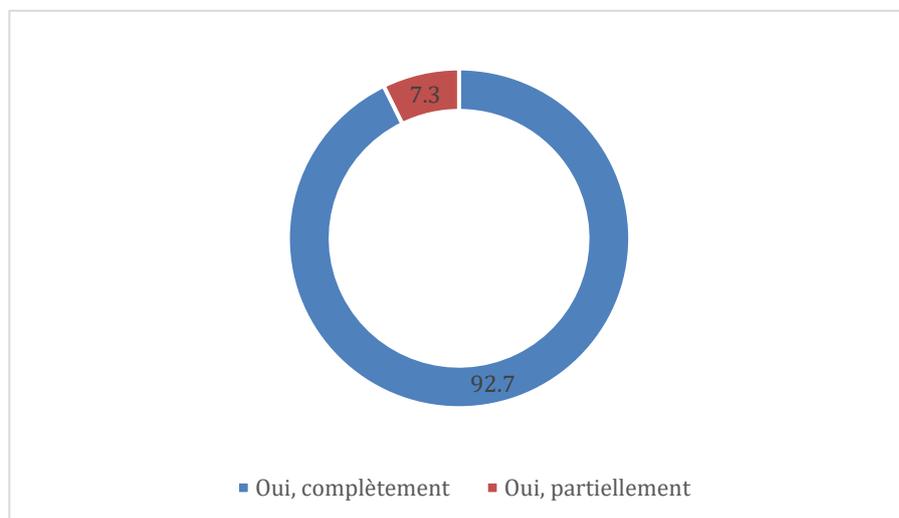


Figure 8: Proportion de la satisfaction des bénéficiaires

#### 4.4.3 Renforcement des liens sociaux et communautaires

L'une des réussites notables du projet a été le renforcement des liens sociaux parmi les bénéficiaires. Du fait de l'accessibilité des centres de santé qui abritent les centres de stimulation, les bénéficiaires ne tardent pas à prendre part aux activités proposées par le projet. 76,5% des mères accompagnantes affirment entièrement que les centres de santé sont accessibles contre 19,6% partiellement et 3,9% qui jugent l'inaccessibilité des centres de santé pour des raisons économiques à assurer le transport (figure 9). Grâce aux activités collectives proposées (stimulation en groupe, événements communautaires, sensibilisation), les bénéficiaires ont pu développer des relations sociales solides et se sentir plus intégrés dans leurs communautés. Cette dynamique a non seulement contribué à leur bien-être, mais a également renforcé leur sentiment d'appartenance et de solidarité. Les bénéficiaires ont exprimé une satisfaction accrue par rapport à leurs relations sociales, soulignant l'importance de l'accompagnement collectif dans le processus de développement de leurs enfants.

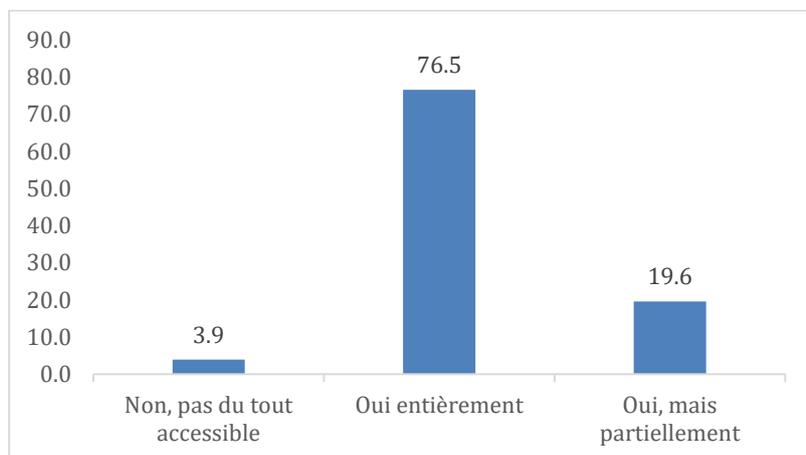


Figure 9: Accessibilité aux centres de stimulation

#### 4.4.4 Les formations/sensibilisations dans le cadre du projet

À moyen et long terme, le projet READ a permis de poser les bases d'une amélioration durable dans la vie des bénéficiaires. Les formations/sensibilisations reçues dans le cadre du projet ont eu des effets positifs sur la vie des bénéficiaires. En plus des compétences pratiques et psychosociales acquises, 84,9% des bénéficiaires ont indiqué des effets positifs durables, tels qu'une meilleure répétition à la maison, des opportunités de faire ou d'accomplir d'autres travaux qui les empêchaient avant leur admission au centre de stimulation et une gestion améliorée de la santé de leurs enfants. 13,4% des bénéficiaires ont exprimé un sentiment de réussite et d'épanouissement personnel, bien qu'ils soulignent la nécessité de continuer à bénéficier d'un suivi régulier pour garantir la pérennité des acquis (figure 10).

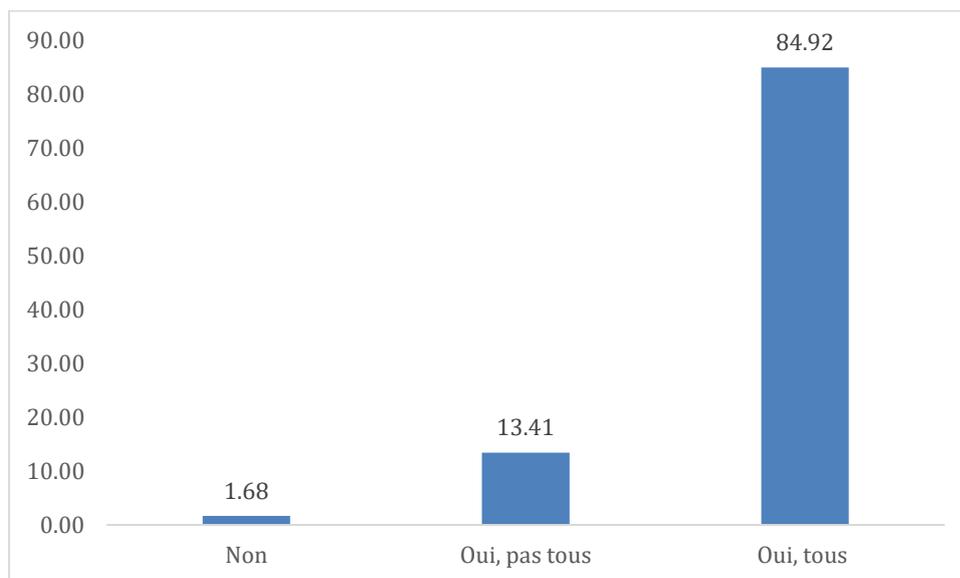


Figure 10: Proportion des bénéficiaires en matière des effets positifs

#### 4.5. Résultat 5 : Identifier les leçons apprises et les bonnes pratiques afin de formuler des recommandations pertinentes à l'attention des parties prenantes, des partenaires et du bailleur de fonds pour assurer une meilleure orientation du projet ou la prise en compte dans les prochaines propositions de projet

Les leçons apprises permettent de mettre en lumière les éléments qui ont fonctionnés et ceux qui n'ont pas fonctionnés. Ces leçons servent à orienter les décisions pour les projets futurs. Pour ce faire, il faut examiner les éléments suivants :

- a.) Alignement des objectifs avec les besoins des bénéficiaires : Les résultats positifs sont souvent dus à une compréhension claire des besoins des communautés ou bénéficiaires et à une conception du projet qui y répond adéquatement ;
- b.) Partenariats efficaces : Les activités réussies ont souvent bénéficié d'une collaboration solide entre les parties prenantes, notamment le bailleur de fonds, les autorités locales, et les partenaires d'exécution ;
- c.) Adaptation aux réalités locales : La flexibilité et l'adaptabilité aux contextes locaux ont favorisé la réussite du projet.

Ainsi, associer les parties prenantes dès le début, dans la phase de planification et au-delà, garantit leur engagement et la durabilité des actions. De même que la gestion agile et flexible qui permet de réagir rapidement aux changements de contexte, notamment pour adapter le projet aux défis imprévus. La formation et le développement des compétences par le projet en investissant dans la formation des relais communautaires et les agents de santé permet d'assurer la pérennité des initiatives après la fin du projet. De même que l'assurance que les partenaires locaux et/ou les bénéficiaires ont les capacités nécessaires pour poursuivre les activités à long terme.

## 5. Conclusion

En résumé, le projet « **Réduction des risques de développement de séquelles invalidantes liées à la malnutrition des enfants de moins de 5 ans à Maradi, au Niger** » a eu un impact significatif surtout en matière de la prise en charge de la malnutrition sur la santé des enfants et sur la réduction des séquelles invalidantes, tout en offrant des pistes pour améliorer les interventions et assurer la durabilité des résultats obtenus.

L'évaluation de la qualité des prestations en matière de stimulation, de thérapie de stimulation et de prise en charge psychosociale s'est reposée sur l'analyse de l'efficacité des interventions, la satisfaction des bénéficiaires, et l'impact mesurable sur le bien-être des enfants. Ainsi, la majorité (92,7%) des bénéficiaires rencontrés dans le cadre de cette évaluation ont exprimé leur satisfaction vis-à-vis des services offerts par le projet.

De même que la mise en œuvre réussie du projet dépend de la coopération étroite des parties prenantes, d'une gestion flexible, d'une bonne évaluation des risques et d'un suivi rigoureux. Ces éléments doivent être intégrés dans les propositions de projet futures pour garantir une meilleure orientation et une plus grande efficacité. Le renforcement des capacités des agents de santé et des relais communautaires dans le cadre de ce projet vise à améliorer la détection précoce, la prise en charge et la prévention de la malnutrition infantile, tout en impliquant les communautés locales dans la promotion de pratiques nutritionnelles saines. Cela constitue un volet essentiel pour réduire les séquelles invalidantes liées à la malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans dans la région de Maradi, au Niger.

## 6. Recommandations

Sur la base des leçons apprises et des bonnes pratiques identifiées, voici quelques recommandations spécifiques :

### a.) À l'attention des parties prenantes

1. Renforcer la collaboration entre les acteurs pour une coopération continue avec les parties prenantes locales (communautés, autorités locales, etc.) pour garantir l'appropriation du projet à long terme ;
2. Communication claire et régulière : Mettre en place des mécanismes de communication régulière pour maintenir la transparence et l'implication tout au long du projet ;
3. Mettre en place de Groupes Techniques de Travail sur les thématiques de la réadaptation ;
4. Continuer la vulgarisation des textes sur les droits des personnes handicapées et l'inclusion en vue d'un changement de regards vis-à-vis des personnes handicapées.

### b.) À l'attention des partenaires

1. Adopter une approche flexible : Les partenaires doivent être prêts à ajuster leurs stratégies face à des changements imprévus tout en garantissant la continuité du projet ;
2. Partage des bonnes pratiques : Encourager le partage des bonnes pratiques et des expériences entre les partenaires pour améliorer la mise en œuvre et les résultats ;
3. Promouvoir le renforcement de la participation active du projet au plaidoyer à l'attention des décideurs en faveur de l'élaboration et adoption d'une Stratégie nationale pour la réadaptation au Niger.

### c.) Pour les futures propositions de projet

1. Intégrer des analyses de risques approfondies : La prise en compte des risques politiques, économiques et environnementaux doit être au cœur de la conception des projets futurs ;

2. Renforcer la planification de la durabilité : Assurer que les projets ont des mécanismes solides pour leur pérennité après la période de financement ;
3. Prévoir des initiatives qui développent l'autonomisation des personnes handicapées.
4. Soutenir la formation et le renforcement des capacités locales : Il est crucial que le financement soutienne non seulement les activités du projet, mais aussi les capacités locales nécessaires pour garantir la durabilité ;
5. Prolonger le soutien post-projet : Offrir une phase de suivi ou de soutien post-implémentation pour assurer que les bénéfices du projet sont maintenus à long terme.



## 7. Annexes

### 7.1 Termes de référence de l'évaluation



TdR\_Evaluation\_Inter  
mediare\_READ\_Niger

### 7.2 Rapport de démarrage



RAPPORT DE  
DEMARRAGE EVALUA

### 7.3 Grilles d'entretien et questionnaires



Grilles d'entretien et  
questionnaires Evalu i

## 7.6 Profils, personnes interviewées et localisation (cartographie)

Commune	Type de centre de santé	Nom de l'enquêté	Sexe de l'enquêté	Fonction de l'enquêté	latitude	longitude
Dakoro	Hopital de district	Ouseina Ali	Féminin	Point Focal Nutrition		
Ajékoria	CSI type 2	Nouhou Amadou	Masculin	Agent de santé		
Ajékoria	CSI type 2	Habibou Salifou Abdou	Masculin	Agent de santé		
Maijirgui	CSI type 2	Chaibou badamassi	Masculin	IDE/ chef CSI maijirgui		
Dakoro	CSI type 2	Fati Oumarou	Féminin	Fonctionnaire Infirmière		
Tessaoua	CSI type 2	Jamila Oumarou	Féminin	Infirmière		
Tessaoua	CSI type 2	Salamatou Elhadji Zabeïrou	Féminin	Infirmière		
Tessaoua	Hopital de district	Mme Moustapha Ramatou	Féminin	Infirmière		
Tessaoua	Hopital de district	Mme Oumarou Amina Illo	Féminin	Major service medecine		
Tibiri	CSI type 2	Rachida Inoussa	Féminin	Agent de santé		
Tibiri	CSI type 2	Habsatou Issoufou	Féminin	Agent de santé		
Guidan Roumdji	CSI type 2	Sabiou Abdou	Masculin	Infirmière	13.6617626	6.6875962
Guidan Roumdji	CSI type 2	Haoua sombeizé	Féminin	Infirmière	13.6617964	6.6874986
Saé Saboua	CSI type 2	Aichatou Issaka	Féminin	Fonctionnaire		
Saé Saboua	CSI type 2	Manirou Ibrahim	Masculin	Fonctionnaire		
Gazaoua	CSI type 2	Abdoul aziz Ali	Masculin	Infirmière	13.5619751	8.004386
Mayahi	Hopital de district	Nassirou Ada idi	Masculin	Infirmière		
Mayahi	CSI type 2	Ibrahim Hamadou	Masculin	Medecin	14.0084539	7.9132651
Kanembakaché	CSI type 2	Sabiou Laouali Chaibou	Masculin	Infirmière	13.86446	7.8323467
Gazaoua	CSI type 2	Rachida Maman.	Féminin	Nutritionniste.	13.5235425	7.89873687
Gazaoua	CSI type 2	Helzatou Abdou.	Féminin	Infirmière	13.5244989	7.90278482
Madarounfa	CSI type 2	Chapaatou Garba	Féminin	Infirmière	13.3074233	7.1637149
Korgom	CSI type 2	Nana Haoua Samaila Rabe	Féminin	Safe femme	13.4508673	8.2567053

Gazaoua	CSI type 2	Abdoul Samad Laouali	Masculin	ASB	13.5620301	8.0046099
Gazaoua	CSI type 2	Abdoul Matsalabi	Féminin	Infirmière	13.4246832	7.9466413
Gazaoua	CSI type 2	Saley Moussa	Masculin	Major	13.4244017	7.9465884
Gangara	CSI type 2	Issaka YAhaya	Masculin	Infirmièrecertifie	13.4237366	7.8432397
Aguié	CSI type 2	Jamilou Yahouza	Masculin	Major	13.6389552	7.7189563

---

## 7.7 Bibliographie

1. **Black, R. E., Victora, C. G., Walker, S. P., Bhutta, Z. A., & Christian, P. (2013).** *Maternal and Child Undernutrition and Overweight in Low-Income and Middle-Income Countries* The Lancet, 382(9890), 427-451. – Cet article fournit une revue détaillée des effets de la malnutrition sur le développement des enfants dans les pays à faible et moyen revenu.
2. **CIDA (2008).** *L'approche de la CIDA en matière de réduction de la pauvreté* – Une référence sur les approches globales de la réduction de la pauvreté, avec un focus sur les interventions en matière de santé et de nutrition.
3. **Dewey, K. G., & Begum, K. (2011).** *Long-Term Consequences of Early Childhood Malnutrition* – Publiée dans *Maternal and Child Nutrition*, cette étude explore les conséquences à long terme de la malnutrition infantile.
4. **FAO (2014).** *Evaluating Food Security and Nutrition Programs : A Practical Guide* – Un guide pratique sur l'évaluation des programmes de sécurité alimentaire et de nutrition, utile pour l'évaluation à mi-parcours du projet.
5. **Gillespie, S., & van den Bold, M. (2014).** *Shaping the Future : The Role of Nutrition in Early Childhood Development and Educational Outcomes* – Cette étude examine les interventions nutritionnelles en lien avec le développement cognitif et physique des enfants.
6. **Handicap International (Humanity & Inclusion) (HI) Document du projet:** Réduction du risque de développement de séquelles invalidantes liées à la malnutrition des enfants, 19 pages
7. **Institut National de la Statistique du Niger (2019).** *Enquête Démographique et de Santé du Niger* – Une ressource utile pour les données nationales sur la malnutrition au Niger et ses impacts sur les enfants.
8. **Nikolay, B., et al. (2015).** *Impact of Nutrition-Sensitive Interventions on Childhood Malnutrition in Low-Income Settings* – Un article qui analyse les résultats de diverses interventions nutritionnelles dans des contextes similaires.
9. **Pneumonia and Malnutrition Intervention Study (PMIS) (2016).** *Final Report* – Un exemple d'évaluation de programme de nutrition pour les enfants, particulièrement pertinent pour un projet en contexte africain.
10. **Rapport de l'Etude des barrières sur l'accès des personnes handicapées aux biens et services dans la région de Maradi (Communes de Gazaoua, Guidan Sori, Tchadoua, Mayahi, Tessaoua et Dakoro),** Mai, 2023
11. **Rapport de formation des agents de santé sur la stimulation des Enfants Malnutris sévères,** février 2023, 08 pages
12. **Rapport de mission Aguié-Gazaoua** Inclusion, sensibilisation des personnes handicapées, novembre 2024
13. **République du Niger (2020).** *Rapport national sur la nutrition au Niger* – Un document publié par les autorités nationales, détaillant les enjeux nutritionnels du pays et les stratégies mises en place pour y répondre.
15. **Ressources pour l'évaluation des projets de nutrition.** – Des guides pratiques sur la façon d'évaluer l'impact de projets nutritionnels, disponibles sur des sites comme le site de l'USAID ou de l'OMS.
14. **Semba, R. D., & Bloem, M. W. (2008).** *Nutrition and Health in Developing Countries* – Une ressource académique qui examine les effets de la malnutrition sur la santé et le développement des enfants, en particulier dans les pays en développement comme le Niger.

15. **UNICEF (2015).** *The State of the World's Children 2015: Reimagine the Future: Innovation for Every Child* – Un rapport de l'UNICEF sur l'impact de la malnutrition et des interventions dans les pays en développement.
16. **USAID (2017).** *Nutrition and Early Childhood Development: A Review of Current Research and Programs* – Ce rapport explore les liens entre la nutrition infantile et le développement précoce des enfants.
17. **World Bank (2013).** *Repositioning Nutrition as Central to Development: A Strategy for Large-Scale Action* – Un rapport sur les stratégies de réduction de la malnutrition dans les pays en développement.
16. **World Health Organization (WHO) (2004).** *Indicators for Assessing Infant and Young Child Feeding Practices* – Ce document donne une méthodologie pour évaluer les pratiques alimentaires des jeunes enfants.
18. **World Health Organization (WHO) (2013).** *The WHO Child Growth Standards: Methods and Development* – Un rapport détaillant les normes de croissance de l'Organisation mondiale de la santé, essentiel pour comprendre les critères de malnutrition chez les enfants.



Titre

Résumé

