

NOTE DE SYNTHÈSE

Évaluation sommative du Programme de Prise en charge de la malnutrition aiguë sévère au Burkina Faso (2015 – 2019)



23 février 2021

Évaluation réalisée par l'équipe d'évaluateurs du Cabinet d'études EVIHDAF :

- **Dr. Camille Eric KOUAM, Chef d'équipe** ; Expert international en nutrition, santé publique et évaluation ; Montréal, Canada ; ekouam@gmail.com
- **Dr. Hedwig DECONINCK** ; Expert international en santé publique, nutrition, évaluation et recherche sur les systèmes de santé, Le Pouget, France ; hedwig.deconinck@gmail.com
- **Dr. Jean Christophe FOTSO** ; Expert international en recherche, suivi et évaluation ; Directeur du cabinet d'études EVIHDAF ; jcfotso@evihdaf.com
- **Dr. Hermann Biéno LANOU** ; Expert national en nutrition, santé et évaluation. Ouagadougou, Burkina Faso; hlanou@yahoo.ca
- **Dr. Augustin Nawidimbassa ZEBA** ; Expert national en nutrition, santé et évaluation. Bobo-Dioulasso, Burkina Faso ; nawidzeba@gmail.com

De plus, **M^{me} Nadia Téfouet** a participé en tant qu'Assistante de Recherche, **Mr. Mark Myatt** a réalisé les analyses cout-efficacité, et **Mr. Cedric Mbella** a appuyé avec l'exploitation des bases de données.

1. Contexte

Au cours de la dernière décennie, le Burkina Faso a connu une récurrence de perturbations climatiques et d'attaques de ravageurs qui ont exposé un nombre croissant de personnes au risque d'insécurité alimentaire et nutritionnelle. Cette crise humanitaire s'est intensifiée depuis 2018 en raison de menaces sécuritaires prolongées et d'attaques de groupes armés non identifiés, principalement dans les régions frontalières, accentuant la vulnérabilité de la population.

La situation nutritionnelle des enfants de moins de 5 ans demeure préoccupante, en dépit de l'amélioration enregistrée au cours des dix dernières années. Outre ceux mentionnés plus haut, les principaux facteurs de malnutrition infantile dans le pays incluent les pratiques d'allaitement et d'alimentation inadéquates, les maladies infectieuses et parasitaires, le faible accès aux soins de santé, l'insuffisance de « soins » de qualité, ainsi que des conditions insuffisantes d'hygiène et d'assainissement. En outre, l'environnement socio-culturel se caractérise par des interdits alimentaires chez les femmes en âge de procréer et les enfants, une persistance de pratiques traditionnelles et de tabous alimentaires qui gênent l'efficacité de la conduite de l'allaitement maternel exclusif.

Figure 1. Prévalences de la MAG et de la MAS au Burkina Faso de 2009 à 2019



Source : Enquêtes SMART conduites au Burkina Faso.

La Prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë sévère (PCIMAS) est une des interventions utilisées depuis 2008 pour lutter contre la malnutrition aiguë sévère dans le pays. Elle cible en priorité les enfants de moins de 5 ans, et assure la prise en charge à travers les structures de santé du pays. Les autres bénéficiaires attendus du programme incluent les prestataires à différents niveaux, les parents d'enfants admis, ainsi que les membres des communautés vulnérables desservies. La mise en œuvre de la PCIMAS est assurée par le Gouvernement du Burkina Faso avec l'appui des différents partenaires techniques et financiers (PTF).

2. Pourquoi cette évaluation

Étant donné l'impact de la malnutrition sur la mortalité et le bien-être des enfants, et compte tenu des nombreux défis et des financements d'urgence qui vont en s'amenuisant, la

pérennisation de la PCIMAS reste une priorité au Burkina Faso et mérite une réflexion approfondie.

Une évaluation sommative de ce programme, mis en œuvre durant la période 2015 à 2019, a été commanditée par le Bureau Régional de l'UNICEF pour l'Afrique Centrale et de l'Ouest (WCARO) et le Bureau Pays du Burkina Faso. Les objectifs de l'évaluation étaient les suivants :

- Vérifier les acquis de la PCIMAS, y compris les défis de couverture et les goulots majeurs levés ou non levés ;
- Identifier les leçons apprises au niveau stratégique et opérationnel ;
- Identifier les bonnes pratiques en matière d'approches innovantes utilisées avec améliorations progressives au cours de la période de mise en œuvre du programme ; et
- Fournir des recommandations stratégiques et opérationnelles dans le futur.

Les utilisateurs prévus de cette évaluation sont le Ministère de la santé (MS), l'UNICEF, les PTF et les partenaires de mise en œuvre (organisations non-gouvernementales et communautaires).

3. Méthodologie de l'évaluation

Une approche basée sur des méthodes mixtes quantitatives et qualitatives a été utilisée pour répondre aux questions d'évaluation de pertinence, efficacité, efficience, durabilité et droits humains, genre et équité à travers la revue documentaire, l'analyse des données quantitatives secondaires et des données primaires. Les expériences et perspectives des différents acteurs de santé par rapport aux activités de la PCIMAS ont été recueillies pendant les entretiens individuels semi-structurés. Les discussions de groupe ont permis d'obtenir la perception des agents de santé à base communautaire (ASBC), des leaders communautaires et des bénéficiaires (parents et accompagnants d'enfants de moins de 5 ans). Les observations directes ont exploré les activités de prise en charge déployées dans les structures sanitaires. Les données ont été collectées au niveau national, régional, district et communautaire. Des guides d'entretiens individuels et de discussions de groupe ont été développés et les termes clés ont été traduits en langues locales.



Illustration 1 : Discussion de groupe avec les mères d'enfants de moins de 5 ans au CSPS de Balkuy, district de Bogodogo, Région sanitaire du Centre. La stratégie d'échantillonnage a visé six régions du pays : Centre, Centre-Est, Centre-Sud, Nord, Est, Cascades. Deux

districts par région ont été sélectionnés, pour un total de 12 districts. Trois sites de prise en charge ont été sélectionnés dans chaque district (deux sites de prise en charge en ambulatoire (PCA) et un site avec la prise en charge en interne (PCI)). Au total, 84 entretiens individuels (46.5% de femmes) ont été conduits, 29 groupes de discussion, 36 structures sanitaires ont été observées durant la période du 21 août au 1er septembre 2020.

Une stratégie mixte d'analyse des données quantitatives et qualitatives a été appliquée, de même que la triangulation des informations pour comparer les données obtenues de différentes sources et méthodes. Les analyses ont pris en compte chaque critère d'évaluation et les indicateurs correspondants. Les données ont été transcrites, codées et analysées avec les logiciels MS Word et Excel.

L'évaluation a dû faire face à certaines contraintes sur le terrain qui ont limité la quantité et la qualité de certaines données collectées (p. ex. l'absence des consultants internationaux sur le terrain due à la pandémie de la COVID-19 a entraîné l'annulation des mini-ateliers participatifs prévus initialement, les données financières incomplètes) et des mesures de mitigation ont été utilisées (p. ex. recrutement d'un deuxième consultant national et/ou extrapolation des données).

4. Conclusions principales

PERTINENCE. Introduite et mise à l'échelle au fil du temps, la PCIMAS a évolué vers un service intégré de routine répondant aux besoins des populations vulnérables et au contexte changeant du pays. Une analyse de l'intégration de la PCIMAS dans les fonctions clés **du système de santé a relevé une évolution favorable qui mérite une réflexion stratégique sur les priorités et la faisabilité d'une intégration et mise en œuvre durable.** La PCIMAS a été un tremplin pour **l'acquisition de nouvelles connaissances en nutrition pour les responsables de programmes et les bénéficiaires.** Toutefois, **l'absence de cadres d'échanges et de concertation au niveau du district et des communes** sur les questions de nutrition est une limite à la participation et à l'accès aux connaissances par les acteurs de mise en œuvre.



Illustration 2 : Discussion de groupe avec les leaders communautaires au district de Ouahigouya, Région sanitaire du Nord

EFFICACITÉ. La PCIMAS en tant qu'approche curative intégrée à l'échelle admet chaque année un grand nombre

d'enfants. Cependant, les cibles en matière d'admissions ne sont pas atteintes. L'accès aux services par les populations cibles n'est pas suffisant. **La mobilisation communautaire, l'élément essentiel pour faciliter l'accès, est le maillon faible, résultant en une couverture de traitement en dessous des prévisions (Figure 1).**

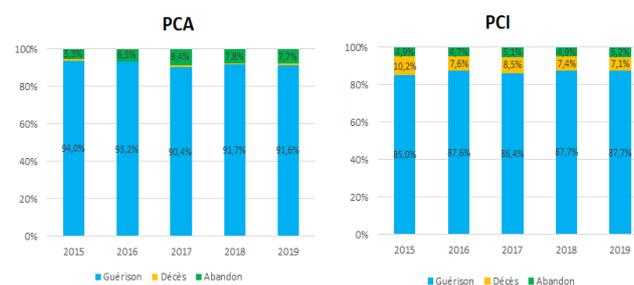
Figure 1 : Admissions par rapport aux cas attendus (2015-2019)



Source : UNICEF Burkina Faso

Néanmoins, **la performance du programme en termes de taux de guérison, de décès et d'abandons est bonne (Figure 2).** Les facteurs majeurs contribuant au relatif succès du programme incluent **l'engagement des autorités nationales et l'appui des PTF, la disponibilité des intrants, la gratuité des soins, la formation des agents de santé, la disponibilité d'une production locale de l'aliment thérapeutique prêt à l'emploi (ATPE) et l'arrimage du dépistage aux campagnes sanitaires de masse.** Le programme a contribué fortement à l'amélioration des capacités des décideurs et des gestionnaires de santé au fil du temps. En revanche, **les facteurs inhibiteurs au succès de la PCIMAS ont été le retard de remboursement aux structures sanitaires des coûts liés à la gratuité, les ruptures d'ATPE, la faible couverture de traitement, l'insécurité, l'insuffisance et la rotation importante du personnel, ainsi que la faible motivation des ASBC.**

Figure 2 : Performance de la PCA et PCI de la MAS (2015-2019)

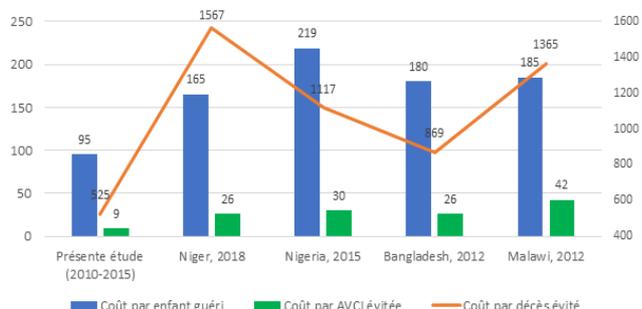


Source : UNICEF Burkina Faso

EFFICIENCE. L'atteinte des standards de qualité du programme reste à améliorer en ce qui concerne les équipements, matériaux et la réhabilitation des infrastructures dans les CSPS, la formation des agents de santé opérant dans les services d'urgences des hôpitaux pour les cas compliqués, l'anticipation des commandes d'ATPE, la transmission tardive des rapports mensuels, la qualité des données transmises, la faible capacité de rapportage des ASBC et leur manque de motivation, ainsi que la faible fréquence ou l'inexistence des supervisions..

En se basant sur l'investissement de l'UNICEF, le coût par enfant guéri est de 95 \$ US en moyenne. Le rapport coût-efficacité de la PCIMAS est bas en comparaison avec d'autres pays (Figure 3).

Figure 3 : Coût par enfant guéri, coût par décès évité, et coût par AVCI évité au Burkina Faso, comparés avec d'autres pays

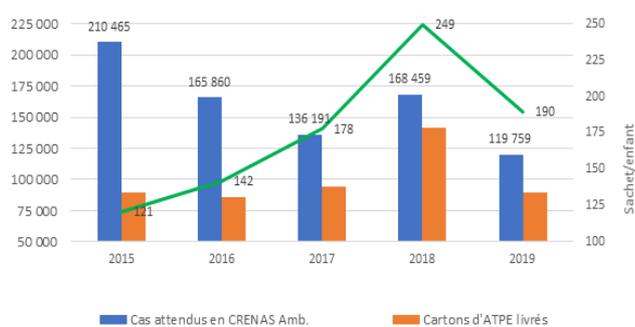


Sources – présente étude : Données de l'UNICEF sur les coûts ; Estimations des décès et des AVCI évités

Etudes de comparaison : Niger, 2018 : Fotsio & Myatt, 2019 ; Nigeria, 2015 : Frankel et al., 2015 ; Bangladesh, 2012 : Puett et al., 2013 ; Malawi, 2012 : Wilford et al., 2012.

Les quantités d'ATPE consommées par enfant sont supérieures aux recommandations, traduisant une utilisation inappropriée de ces produits, particulièrement au niveau des districts sanitaires qui éprouvent des difficultés à les distribuer dans les structures sanitaires, de les gérer et les stocker dans des conditions appropriées (Figure 4).

Figure 4 : Cas attendus, quantités d'ATPE livrées, et sachets d'ATPE/enfant au Burkina Faso (2015-2019)



Source : Bases des données UNICEF sur les admissions ; Données de Inno Faso et STA pour les quantités d'ATPE

Plusieurs nouvelles pratiques qui ont été étudiées, adoptées ou sont en cours de pilotage, sont prometteuses pour rendre les services de PCIMAS plus accessibles, efficaces et efficients. Par exemple, les approches 'PB à domicile' (les membres du ménage formés mesurent les enfants régulièrement), 'l'approche simplifiée' (le même traitement pour la MAS et la MAM) sont perçues comme des approches prometteuses pour renforcer et améliorer l'accès.

DURABILITÉ. Le renforcement du système de santé et de la communauté, ainsi que les liens avec les autres programmes de santé ciblant le couple mère-enfant, ont

contribué à développer des acquis qui pourraient perdurer dans le temps. **Le renforcement des capacités à la PCIMAS des acteurs de santé à tous les niveaux, aidé par les PTF, ainsi que la création d'une ligne budgétaire pour l'achat des intrants nutritionnels et l'inclusion d'intrants nutritionnels dans le circuit national d'approvisionnement en produits pharmaceutiques ont positivement influencé l'adoption de l'approche par les gestionnaires et les agents de santé même s'il reste encore faiblement ancré au niveau communautaire.** Les approches innovantes approuvées ont le potentiel de renforcer la durabilité mais des efforts restent à déployer dans la perspective de réduction de financements d'origine humanitaire. Le gouvernement a manifesté une bonne volonté pour la continuité du financement des intrants et des ASBC. La gestion des déchets d'ATPE au niveau des structures sanitaires et des communautés n'est pas rigoureuse pour la protection de l'environnement.



Illustration 3 : Leaders communautaires participant dans la discussion de groupe, district sanitaire de Saponé, région du Centre Sud.

DROITS HUMAINS, GENRE ET ÉQUITÉ. La Convention internationale des Droits de l'Enfant a été prise en compte durant la conception et la mise en œuvre de la PCIMAS qui cible les populations les plus vulnérables et assure un accès aux services sans discrimination liée au statut social ou au sexe. **La PCIMAS intégrée dans le PMA et l'appui des PTF humanitaires pour garantir l'accès aux intrants et la gratuité des soins ont été des facteurs prometteurs d'accès équitable.** Certaines normes culturelles ou l'adoption des comportements alimentaires néfastes sont des obstacles qui entravent une véritable application des droits humains. L'exposition des femmes et des hommes aux messages de communication et d'éducation leur a permis de renforcer leurs rôles et responsabilités en matière de prise en charge et de prévention de la malnutrition aiguë dans le ménage, mais des efforts restent à déployer pour que les effets du changement de comportement au sein des ménages soient perceptibles.



Illustration 4 : Discussion de groupe avec les pères et mères d'enfants de moins de 5 ans dans le district de Ouahigouya, Région sanitaire du Nord.

Box : Leçons apprises

Une stratégie de mise à l'échelle orientée vers l'intégration pour favoriser l'appropriation. Les formations, la mise en place d'un large pool de maîtres formateurs, le coaching et la supervision facilitent la diffusion des connaissances tout en renforçant les capacités et les pratiques des gestionnaires et des agents de santé à différents niveaux du système de santé.

Une vision rationalisée pour l'atteinte des standards de qualité internationaux en adéquation à un système de santé en développement. Les directives internationales en matière de PCIMAS ont de hautes exigences de qualité qui sont difficilement applicables dans un système de santé en proie aux faiblesses multiples. Des stratégies adaptées de renforcement du système de santé permettent de consolider le passage à l'échelle de la PCIMAS.

L'implication active des communautés et collectivités locales pour renforcer la Gouvernance locale et la couverture de la PCIMAS. Les multiples activités de sensibilisation et de dépistage actif influencent l'accès et la fréquentation des services, tout en renforçant la confiance et l'appropriation de la PCIMAS par les communautés, qui doivent être considérées non seulement comme bénéficiaires, mais également comme ressources importantes pouvant jouer un rôle de levier pour la durabilité de la PCIMAS.

Financement et appropriation de la PCIMAS par le système de santé. Bien que le gouvernement ait une longue expérience de mise en œuvre de la PCIMAS, son intégration dans les politiques et les plans stratégiques n'engendre pas toujours un financement durable du programme par l'Etat. Les réformes de décentralisation constituent d'importantes opportunités pour intégrer le financement des activités de la PCIMAS dans les budgets de santé au niveau périphérique.

5. Recommandations

L'évaluation a identifié les recommandations suivantes :

Recommandations stratégiques

1. **Renforcer la composante communautaire de PCIMAS** afin d'améliorer l'accès et l'adhésion au programme, et responsabiliser les ménages.

2. **Renforcer le statut et les compétences des ASBC.**

3. **Renforcer la disponibilité du personnel formé sur la prise en charge de la malnutrition aiguë dans les structures de santé** afin de palier le gap de la continuité des soins découlant des affectations régulières du personnel de santé.

4. **Formaliser/Institutionnaliser l'appui des collectivités locales aux activités de PCIMAS.**

5. **Promouvoir la continuité du financement de la PCIMAS.**

Recommandations opérationnelles

6. **Renforcer les connaissances et compétences des acteurs au niveau périphérique (districts et communes).**

7. **Renforcer les capacités des districts et structures de santé dans la mise en œuvre de la PCIMAS.**

Plus de détails sur les points d'action des recommandations sont présentés en annexe (priorité haute en couleur orange et priorité moyenne en couleur mauve).

Abréviation

ASBC	Agents de santé à base communautaire
ATPE	Aliment thérapeutique prêt à l'emploi
CSPS	Centre de santé et de promotion sociale
MAG	Malnutrition aiguë globale
MAM	Malnutrition aiguë modérée
MAS	Malnutrition aiguë sévère
MS	Ministère de la Santé
PB	Périmètre brachial
PCIMAS	Prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë sévère
PTF	Partenaires techniques et financiers
RC	Relais communautaires
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
WCARO	West and Central Africa Regional Office (UNICEF)
\$ US	Dollar américain

Recommandations stratégiques

R1: Renforcer la composante communautaire de PCIMAS afin d'améliorer l'accès et l'adhésion au programme, et responsabiliser les ménages.

Rendre disponible les outils/supports de rapportage d'activités communautaires (dépistages, suivi, communication) auprès des ASBC à tous les niveaux

Former les ASBC à l'utilisation de ces outils afin de mieux capitaliser sur la composante communautaire

Vulgariser l'approche PB à domicile si les résultats pilotes sont concluants, afin de renforcer le dépistage précoce

Renforcer le système de référencement des enfants malnutris aigus afin d'améliorer la couverture du programme

Développer des plans d'appuis aux districts identifiés comme vulnérables dans les régions dites de non-urgence ('non prioritaires')

R2: Renforcer le statut et les compétences des ASBC

Faire un plaidoyer actif auprès des autorités étatiques pour le paiement régulier des incitatifs aux ASBC

Instituer les activités de supervision formative régulière aux ASBC (sur le terrain ou à distance)

R3: Renforcer la disponibilité du personnel formé sur la prise en charge de la malnutrition aiguë dans les structures de santé afin de palier le gap de la continuité des soins découlant des affectations régulières du personnel de santé

Vulgariser la formation initiale des agents de santé dans les écoles de formation en santé (réviser les modules de formation en augmentant le nombre d'heures de formation, adjoindre les stages pratiques pour appliquer les connaissances théoriques)

Former l'ensemble du personnel de santé officiant dans les services d'urgences pédiatriques qui font la prise en charge des MAS avec complications.

R4: Formaliser/Instituer/Analyser l'appui des collectivités locales aux activités de PCIMAS

Continuer le plaidoyer actif auprès des communes pour leur implication dans les dépenses du programme de PCIMAS, notamment la prise en charge financière du transfert des cas de MAS avec complications vers les hôpitaux, la contribution aux incitatifs financiers aux ASBC sur une base régulière en appui aux paiements faits par l'Etat

Promouvoir l'accompagnement des collectivités locales dans l'appui du dispositif actuel de transport des intrants nutritionnels (application de prix de transports raisonnables, chargements et déchargements des camions)

Appuyer les collectivités locales dans l'élaboration des budgets qui prennent en compte les activités de PCIMAS

Augmenter la ligne budgétaire des hôpitaux dédiée à l'alimentation des accompagnants d'enfants hospitalisés

R5: Promouvoir la continuité du financement de la PCIMAS

Faire un plaidoyer actif auprès des bailleurs de fonds, les autorités gouvernementales pour continuer le financement du programme

Explorer activement toutes autres opportunités de financements, y compris les initiatives innovantes de financements telles que Power for nutrition, Bill et Milinda Gates, Global Financing Facility, etc

Continuer le plaidoyer auprès des autorités gouvernementales pour le prompt remboursement des dépenses effectuées par les CSPS dans le cadre de la mesure de gratuité, afin de mieux autonomiser les structures sanitaires

Poursuivre la gratuité des soins chez les enfants de moins de cinq ans, afin de faciliter l'accès aux services de PCIMAS (augmentation de la fréquentation des structures sanitaires)

Identifier les interventions sensibles dans lesquelles l'intégration des activités de la PCIMAS est faisable

Renforcer les liens entre la PCIMAS et ces interventions sensibles à la nutrition afin de renforcer la résilience des ménages de bénéficiaires admis au programme

Recommandations opérationnelles

R6: Renforcer les connaissances et compétences des acteurs au niveau périphérique (districts et communes)

Renforcer la génération, l'accès et le partage des évidences sur les questions de nutrition dans les cadres de concertation existants

Renforcer la coordination à tous les niveaux pour faciliter la participation de toutes les parties prenantes clés dans la conception et la mise en œuvre d'initiatives innovantes ou de recherche afin de stimuler leur apprentissage et leur appropriation

Tenir compte de la saisonnalité des données d'admissions pour planifier la réponse adéquate aux pics de malnutrition

Recycler à une fréquence régulière les ICP sur les aspects tels que le rapportage de qualité et la promptitude dans la transmission des rapports mensuels, la prescription des quantités adéquates d'ATPE aux enfants admis au programme, l'anticipation des commandes d'ATPE et leur transport des districts vers les structures sanitaires

Sensibiliser à la gestion rigoureuse des déchets issus de la consommation d'ATPE

Conduire des supervisions formatives ciblant les districts à faible performance pour améliorer la qualité du programme

R7: Renforcer les capacités des districts et structures de santé dans la mise en œuvre de la PCIMAS

Equiper ces structures en nouveaux matériels et ustensiles (pour la PCI)

Réhabiliter les infrastructures vétustes de PCI et PCA

Mettre en œuvre le protocole simplifié dans les zones à risque pour faciliter la délivrance des services aux enfants souffrant de MAS et MAM

Conduire les enquêtes de couverture ciblant les districts de faible performance/couverture afin d'identifier les barrières d'accès aux services et de mettre en place des stratégies pour les juguler