

NOTE DE SYNTHÈSE

Évaluation sommative de la Prise en charge de la malnutrition aiguë sévère, NIGER (2010–2019)



13 janvier 2021

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

Dr Hedwig DECONINCK, Chef d'équipe, Expert international en santé publique, nutrition, évaluation et recherche sur les systèmes de santé, France ; hedwig.deconinck@gmail.com

Dr Camille Eric KOUAM, Expert international en nutrition, santé publique et évaluation, Canada ; eckouam@gmail.com

Dr Jean Christophe FOTSO, Expert international en recherche, suivi et évaluation ; Directeur du cabinet d'études EVIHDAF, USA ; jcfotso@evihdaf.com

Dr Mahaman Elh. HALLAROU, Expert national en nutrition, santé et évaluation, Niger ; hallarou300@gmail.com

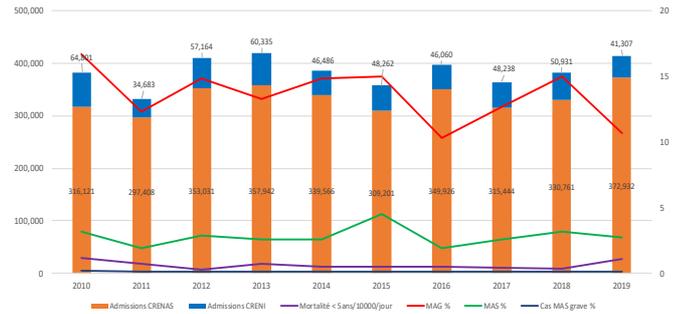
Mr Aminou AMADOU, Expert national en nutrition, Niger ; aminou_a07@yahoo.fr

Avec la participation de **M^{me} Nadia Téfouet**, Assistante de recherche ; **Mr Mark Myatt**, Expert en analyse coût-efficacité ; et **Mr Cedric Mbella**, Analyste de données quantitatives du Cabinet EVIHDAF.

1. Contexte

Au cours de la dernière décennie, le Niger a fait face à trois situations d'urgence déclarées en matière de sécurité alimentaire (en 2005, 2010 et 2012), avec des prévalences de la malnutrition aiguë globale (MAG) qui basculent autour du niveau critique de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (> 15%) (figure 1). Cependant, quelle que soit les années de bonnes ou de mauvaises récoltes, la prévalence de la malnutrition aiguë sévère (MAS) reste très élevée et évolue très lentement dans le temps. Les autres formes de malnutrition sont également très répandues, avec par exemple 42% des enfants de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance (Enquête nutritionnelle nationale 2016) et des taux d'anémie chez les moins de 5 ans dépassant les 70% (DHS 2012). Outre l'insécurité alimentaire, la prévalence élevée des maladies infectieuses, le manque ou l'accès difficile aux services de santé préventifs et curatifs, le manque d'eau potable et d'installations sanitaires, ainsi que des pratiques non adéquates de soins pour les nourrissons, les enfants et leurs mères influencées par des normes sociales très fortes entraînent des niveaux de sous-nutrition, aiguë et chronique, élevés et persistants.

La prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë sévère (PCIMAS), introduite et graduellement mise à l'échelle depuis 2005, vise à prévenir la morbi-mortalité chez les enfants de moins de 5 ans et cible les communautés vulnérables. Sa mise en œuvre est assurée par la Direction de la nutrition (DN) du Ministère de la santé publique (MSP) du Gouvernement du Niger et est appuyée par des partenaires techniques et financiers (PTF) et des partenaires de mise en œuvre (les organisations non-gouvernementales et communautaires). Au fil du temps, le protocole national de PCIMAS a été développé et adapté selon les nouvelles évidences, et les agents de santé ont été formés pour assurer le traitement standardisé de qualité. La PCIMAS fait partie intégrante du paquet minimum d'activité (PMA) des structures sanitaires étatiques. En 2019, la PCIMAS faisait partie du PMA de 99% de centres de santé intégrés (CSI) (1082/1093) et 77% des hôpitaux (51/66). Chaque année, en moyenne, la PCIMAS admet 380 000 enfants avec MAS ; 87% des enfants avec MAS sans complications sont traités aux CRENAS, et 13% des enfants avec MAS avec complications sont traités aux CRENI (figure 1). La PCIMAS a également contribué à soutenir certaines approches préventives telles que la promotion et le conseil en alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE), les activités « WASH in Nut » et l'intégration du dépistage de la MAS au sein de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME) communautaire ou les interventions de chimioprévention du paludisme saisonnier couvrant plus de 2,6 millions d'enfants chaque année.



Source : Enquêtes SMART et UNICEF 2020 Bases de données PCIMA
Figure 1. Admissions des cas de MAS sans et avec complications dans le contexte des taux de prévalence de MAS et de mortalité infantile, Niger, 2010-2019

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 face aux financements d'urgences qui vont en s'amenuisant, la pérennisation de la PCIMAS reste une priorité au Niger et mérite une réflexion approfondie. Une évaluation de la PCIMAS sur les 10 dernières années a été commanditée par le Bureau Régional de l'UNICEF pour l'Afrique Centrale et de l'Ouest (WCARO) et le Bureau pays du Niger pour permettre d'identifier les leçons apprises et les orientations nouvelles permettant de repenser la stratégie de PCIMAS prenant en compte les changements du contexte de Niger en termes de financement et de partenariats. Un groupe de référence de l'évaluation de parties prenantes clés a assuré le suivi de l'évaluation.

L'évaluation rend compte des résultats qui ont été atteints par la PCIMAS et permet de repenser et de réorienter la PCIMAS au niveau national, de mieux recentrer les interventions dans le cycle actuel et de guider le prochain cycle de programmation. D'après les termes de référence, les objectifs de cette évaluation sont 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 publique (MSP), l'UNICEF, les partenaires techniques et financiers (PTF) et les partenaires de mise en œuvre (organisations non-gouvernementales et communautaires).

3. Méthodologie de l'évaluation

Une approche évaluative basée sur des méthodes mixtes quantitatives et qualitatives a été utilisée pour répondre aux questions d'évaluation de pertinence, efficacité, efficacité, 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 acteurs de santé au niveau central, de la région, et du district sanitaires et des structures sanitaires par rapport aux différentes activités de la PCIMAS ont été recueillies pendant les entretiens individuels semi-structurés. Les discussions de groupe ont permis d'obtenir la perception des relais communautaires (RC), 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 ont été développés et les termes clés ont été traduits en langues locales.

La stratégie d'échantillonnage a visé les cinq régions du pays qui abritent plus de 90% des enfants souffrant de MAS qui sont admis en traitement (Maradi, Niamey, Tahoua, Tillabéri et Zinder). Deux districts par région ont été sélectionnés (un district en contexte de réponse aux urgences, et un district en contexte stable ou de développement), pour un total de 10 districts. Trois sites de prise en charge ont été sélectionnés dans chaque district (deux sites avec la PCIMAS ambulatoires, et un avec la PCIMAS en interne). Les critères d'inclusion étaient : la fréquentation, la performance, le continuum des soins, la présence d'interventions préventives, la disponibilité des intrants, et la situation de la supervision par l'équipe cadre de district. Au total, 251 personnes ont participé à l'évaluation (51% de femmes) dans 78 entretiens individuelles et 22 groupes de discussion de 173 personnes, et 21 structures sanitaires ont été visités du 22 août au 2 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 du au pandémie a mené à l'annulation des mini-ateliers participatifs prévus, indisponibilité des données quantitatives et financières complète) et des mesures de mitigation ont été prises (p. ex. recrutement d'un deuxième consultant national, recours à des anciens pour obtenir des données manquantes et/ou extrapolation).



Illustration 1 : Discussion avec les mères d'enfants au CSI de Dan Issa, District de Madarounfa, Région de Maradi.

4. Conclusions principales

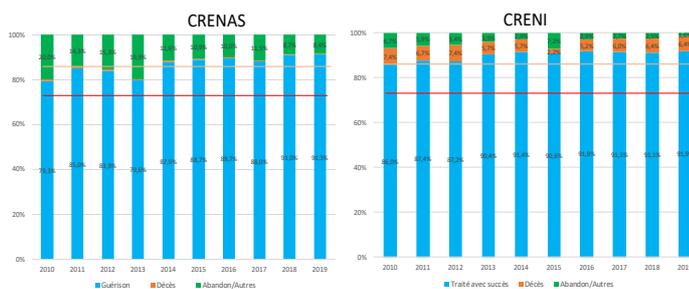
PERTINENCE. Introduite et mise à l'échelle au fil des crises nutritionnelles, la PCIMAS a évolué vers un service intégré de routine répondant aux besoins des populations vulnérables et aux contextes changeants. Une analyse de l'intégration de la PCIMAS dans les fonctions clés du système de santé a relevé une évolution favorable qui mérite **une réflexion stratégique sur les priorités et la faisabilité d'une intégration et mise en œuvre durable.** Bien que la PCIMAS soit alignée aux stratégies et directives internationales et nationales, facilitant ainsi son ancrage et son intégration dans les politiques et les plans du gouvernement à travers Le Groupe technique nutrition (GTN) qui constitue la plateforme d'échange et d'accès aux nouvelles connaissances au niveau central, **elle est encore perçue comme une intervention verticale et isolée. Le niveau d'appropriation et d'adaptation reste donc fragile.** De manière notable, **le manque de leadership et l'absence de cadres d'échanges et de concertation au niveau du district** est une limite à la participation et à l'accès aux connaissances par les acteurs de mise en œuvre.



Illustration 2 : Mère d'enfants sur la route du CSI de Gazamni, District de Gouré, Région de Zinder

EFFICACITÉ. Les résultats de la PCIMAS sont conformes aux normes du protocole national (2016) (figure 2). Cependant, **la mobilisation communautaire, l'élément essentiel pour faciliter l'accès, est le maillon faible, résultant en une couverture de traitement en dessous de 50%.** Le point de levier de la qualité est l'appui des PTF en ressources permettant de garantir la motivation et donc

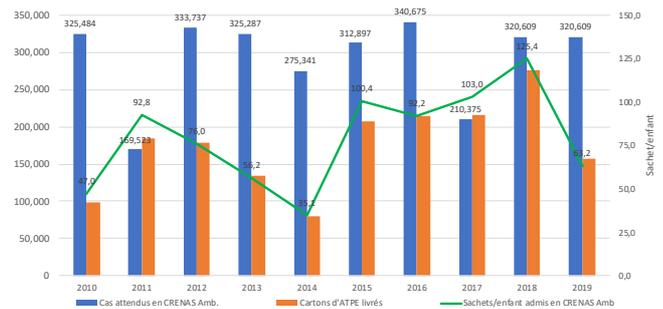
l'appropriation par les différents acteurs. **L'engagement des autorités nationales et des PTF, la gratuité des soins, la formation des agents de santé, la disponibilité d'une production locale de l'aliment thérapeutique prêt à l'emploi (ATPE) ont été autant de facteurs contribuant à l'atteinte des résultats.** Le programme a contribué fortement à l'amélioration des capacités des décideurs et des gestionnaires de santé au fil du temps, et à l'augmentation de la fréquentation des services de planning familial et de vaccination. En revanche, **les facteurs inhibiteurs au succès de la PCIMAS ont été le retard de transfert des budgets sanitaires et du recouvrement des coûts, la faible couverture de traitement, le manque de personnel et les ruptures régulières d'ATPE.** L'utilisation inappropriée de l'ATPE par les ménages, en dépit des séances de sensibilisation et la gestion inefficace du transport des intrants nutritionnels restent les principales barrières à une meilleure efficacité du programme. **L'utilisation inappropriée de l'ATPE, généralisée au niveau des districts sanitaires est liée aux difficultés de distribuer les ATPE aux CSI et de les gérer et stocker dans des conditions appropriées, et les faibles efforts de contrôle.**



Source : UNICEF 2020 Base de données PCIMAS

Figure 2. Tendances de performance aux CRENAS et CRENI, Niger 2010-2019

EFFICACITÉ. En se basant sur l'investissement de l'UNICEF, le coût par enfant admis est de 37 \$ US en moyenne durant la période 2015–2019. Le rapport coût-efficacité de la PCIMAS est bas en comparaison avec d'autres pays en raison d'une faible utilisation des ATPE en moyenne par enfant (figure 3), indiquant une insuffisance dans la trajectoire de traitement malgré les taux de guérison élevés et/ou des ruptures de stock. **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 efficaces.** Par exemple, les approches 'PB-mères' (les membres du ménage formés mesurent les enfants régulièrement), le 'CMAM Surge' (les acteurs du district sanitaire se préparent à gérer les pics) sont perçues comme des approches prometteuses pour renforcer et améliorer l'accès et la résilience aux chocs.



Source : UNICEF et MSP/DN et STA, 2020-2019 Bases de données ATPE

Figure 3. Quantité d'aliments thérapeutiques prêt-à-l'emploi (ATPE) livrés au total et par enfant, Niger 2010-2019

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, a positivement influencé l'adoption de l'approche par les gestionnaires et les agents de santé même s'il reste encore faiblement ancré au niveau des acteurs du district et communautaire.** Plusieurs approches innovantes et prometteuses approuvées ou au stade pilote 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 montré une bonne volonté pour la reprise graduelle du financement des intrants et du personnel. Les opportunités créées par la Couverture sanitaire universelle restent à suivre.



Illustration 3 : Pères d'enfants bénéficiaires participant dans la discussion de groupe, Région de Zinder.

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 équitable sans différenciation de sexe. **La PCIMAS intégrée dans le PMA et l'appui des PTF humanitaires pour garantir l'accès aux intrants, la gratuité des soins et le déploiement d'équipes mobiles couvrant les besoins des populations vulnérables dans les cas d'urgence ou d'insécurité importante ont été des facteurs prometteurs d'accès**

équitable. Les obstacles qui entravent une véritable réalisation des droits détenus par les groupes qui sont censés bénéficier de la PCIMAS sont largement dus aux normes culturelles qui entravent l'accès aux soins ou l'adoption des comportements alimentaires sains. Les femmes et les jeunes filles sans membres masculins dans leur famille sont vulnérables à l'accès. Avoir une femme médiatrice disponible au niveau du CSI s'est avéré être un facteur utile pour mitiger leur vulnérabilité. La participation des hommes au côté des femmes pour les soins aux enfants est culturellement difficile et les efforts communautaires (p. ex. à travers les écoles de maris) ont augmenté la participation, mais les améliorations sont lentes.



Illustration 4 : Mères d'enfants bénéficiaires au CSI de Jirataoua, District Madarounfa, Région de Maradi.

Box : Leçons apprises

La **PCIMAS à l'échelle et intégrée** dans certaines fonctions clés du système de santé se réalise malgré l'absence d'un plan stratégique d'intégration et de mise à l'échelle. L'analyse du niveau d'intégration permet d'identifier les fonctions pour lesquelles l'intégration peut être améliorée.

La **gouvernance locale de la PCIMAS est renforcée** à travers la participation des collectivités locales et des communautés par le biais d'activités de sensibilisation et de dépistage actif et la gestion des intrants effectués par leurs membres volontaires et qui nécessite un appui systématique des PTF.

Une **couverture de PCIMAS efficace et durable** peut être atteinte avec l'appui soutenu du MSP et de la communauté locale avec la participation des bénéficiaires par des pratiques qui augmentent la demande et la fréquentation de PCIMAS.

Le **financement et l'appropriation de la PCIMAS par le système de santé** restent un défi, et le cadre opérationnel de la reprise graduelle des finances par l'État conjointement avec la réforme financière offrent de nouvelles opportunités.

Des **connaissances et compétences ont été acquises au fil des années** grâce au nombre important de formations et le pool d'experts et formateurs ainsi que les participations aux nombreuses études et évaluations qui ont facilité la diffusion des connaissances et ont renforcé les capacités des gestionnaires et des agents de santé.

5. Recommandations

L'évaluation a identifié les recommandations suivantes :

Recommandations stratégiques :

1. Développer un cadre d'action de la PCIMAS intégrée au niveau central du système de santé ;
2. Améliorer l'engagement et l'appropriation des acteurs de tous les niveaux à long terme ;
3. Améliorer la production et le partage des connaissances sur la PCIMAS selon les priorités du pays ;
4. Renforcer la gouvernance locale par l'engagement des acteurs des district sanitaires et des collectivités locales ;
5. Renforcer l'enseignement de la PCIMAS dans les Institutions de formation en santé et nutrition.

Recommandations opérationnelles :

6. Améliorer la qualité et l'intégration de la PCIMAS dans le PMA ;
7. Améliorer la gestion des intrants de PCIMAS.

Plus de détails sur les recommandations sont présentés en annexe.

Abréviation

ANJE	Alimentation du nourrisson et du jeune enfant
ATPE	Aliment thérapeutique prêt à l'emploi
C-MAMI	Community Management of At risk Mothers and Infants under 6 months of age / Gestion communautaire des mères à risque et des nourrissons de moins de 6 mois
CRENAS	Centre de récupération nutritionnelle en ambulatoire des malnutris sévères
CRENI	Centre de récupération nutritionnelle en interne
CSI	Centre de santé intégré
DN	Direction de la nutrition
GTN	Groupe technique nutrition
MAG	Malnutrition aiguë globale
MAS	Malnutrition aiguë sévère
MSP	Ministère de la Santé Publique
ODD	Objectifs pour le développement durable
PB	Périmètre brachiale / Mid-Upper Arm Circumference, MUAC
PCIMAS	Prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë sévère
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance
PTF	Partenaires techniques et financiers
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
WCARO	West and Central Africa Regional Office (UNICEF)
\$ US	Dollar américain

Annexe : Recommandations détaillées

Recommandations stratégiques

Développer un cadre d'action de la PCIMAS intégrée au niveau central du système de santé

Développer un cadre d'action (et de coordination) pour le suivi harmonisé des interventions de la PCIMAS intégrée à la stratégie de la Santé mère-enfant conformément à l'engagement 2 de la Politique nationale de sécurité nutritionnelle (PNSN), afin de faciliter la mise en œuvre de la PCIMAS dans les soins de santé prenant en compte l'approche systémique, et améliorer la couverture de traitement.

Améliorer l'engagement et l'appropriation des acteurs de tous les niveaux à long terme

Appuyer le progrès de la mise en œuvre de la feuille de route de la reprise graduelle par l'État des financements des partenaires humanitaires pour la PCIMAS, et assurer l'engagement et l'appropriation des différents acteurs de tous les niveaux (appuyer le travail du comité de suivi).

Réviser les modalités de fonctionnement du Groupe technique nutrition (GTN) et des Groupes de travail techniques (GTT) sectoriels au besoin, de manière à mieux impliquer les acteurs en nutrition en s'appuyant sur les expertises nationales disponibles.

Améliorer la production et le partage des connaissances sur selon les priorités du pays

Cartographier des données disponibles de PCIMAS et institutionnaliser à la Direction de la nutrition (DN) un système d'archivage de documentation des recherches (réalisées et en cours).

Mettre un système de documentation, suivi et partage des recherches dans le domaine de la nutrition en partenariat avec le Département d'Études et la Programmation et le Secrétariat du Comité national éthique pour la recherche santé.

Documenter les leçons apprises des pilotes sur les approches innovantes qui visent la réduction de l'incidence et l'amélioration de la couverture de traitement.

Traduire en politiques et directives des évidences et de l'apprentissage de la mise en œuvre du protocole simplifiée ; CMAM Surge ; PB-mères ; les 1000 jours ; le dernier kilomètre, etc.

Améliorer l'accès aux plateformes (inter)nationales de partage de connaissances en ligne sur la PCIMAS par les agents de terrain.

Renforcer la gouvernance locale par l'engagement des acteurs des districts sanitaires et des collectivités locales

Accélérer la mise en place des accords et des mécanismes de planification et de coordination intersectorielle des ressources prévus dans la feuille de route afin d'accroître les opportunités de financement des activités de la PCIMAS dans les Plans de développement économique et social et les Plans de développement communal des collectivités.

Assurer un plan d'action et de suivi aligné avec la réforme de décentralisation et budgétaire.

Appuyer l'expansion de l'approche *CMAM Surge* en intégrant un modèle de réponse d'autres priorités et/ou urgences de santé selon les besoins du contexte (paludisme, diarrhée, etc.).

Évaluer avec une approche systémique la durabilité de l'approche intégrée selon les différents contextes (niveau d'appui en ressources extérieures par les partenaires techniques et financiers).

Renforcer l'enseignement de la PCIMAS dans les Institutions de formation en santé et nutrition

Accélérer le processus en cours d'intégration de la PCIMAS dans les programmes d'enseignement des professionnels de la santé et de la nutrition avec des séminaires techniques d'échange entre GTN/GTT et les institutions de formation.

Organiser le suivi de la qualité de l'enseignement théorique de la PCIMAS et des stages pratiques en collaboration avec les partenaires qui peuvent offrir des opportunités d'apprentissage et d'encadrement sur le terrain.

Recommandations opérationnelles

Améliorer la qualité et l'intégration de la PCIMAS dans le PMA

Renforcer l'intégration de la PCIMAS dans la PCIME par l'amélioration du circuit unique au CSI, afin d'assurer un continuum de soins de la prise en charge compréhensive du couple mère-enfant avec un suivi dans le temps.

Faciliter la référence des malnutris des CRENAS vers les CRENI par la mise en place d'un mécanisme de prise en charge des transports des enfants ; et assurer l'alimentation des mères / accompagnants d'enfant pendant le séjour au CRENI.

Renforcer les activités ANJE au niveau des structures sanitaires et dans les communautés, et les intégrer dans les pratiques familiales essentielles en les appuyant avec des stratégies de changement des comportements.

Renforcer l'intégration des services de santé mentale aux soins de santé primaires, et établir des liens avec les consultations prénatales et la PCIMAS des enfants malnutris et leurs mères.

Améliorer la gestion des intrants de PCIMAS

Améliorer la disponibilité, le système de distribution et de stockage des intrants de PCIMAS dans le plan national d'approvisionnement de l'Office national des produits pharmaceutiques et chimiques.

Promouvoir la participation des leaders communautaires et des collectivités locales dans la gestion des intrants (incluant le transport des intrants des districts sanitaires aux CSI).

Appuyer la mise en place des mesures efficaces de sensibilisation et de contrôle de la gestion des ATPE avec l'implication des leaders communautaires et des collectivités locales.

Code couleur : texte en orange = priorité haute, niveau ; texte en mauve = priorité moyenne