

FANTA · 2

FOOD AND NUTRITION
TECHNICAL ASSISTANCE



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

**Revue de la mise en œuvre du
programme de prise en charge à base
communautaire de la malnutrition
aiguë en Afrique de l'Ouest**

Rapport récapitulatif

Hedwig Deconinck, Paluku Bahwere,
Serigne Mbaye Diene, Diane de Bernardo,
Pierre Adou

Octobre 2011

FANTA · 2

FOOD AND NUTRITION
TECHNICAL ASSISTANCE



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

Revue de la mise en œuvre du programme de prise en charge à base communautaire de la malnutrition aiguë en Afrique de l'Ouest

Rapport récapitulatif

Hedwig Deconinck
Paluku Bahwere
Serigne Mbaye Diene
Diane de Bernardo
Pierre Adou

Octobre 2011

La réalisation de ce rapport a été rendue possible grâce au soutien généreux du peuple américain par le biais de l'Office de la Santé, des Maladies infectieuses et de la Nutrition du Bureau de Santé globale et du Bureau pour l'assistance en cas de catastrophe à l'étranger du Bureau pour la démocratie, la résolution des conflits et l'aide humanitaire (DCHA/OFDA), Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID), aux termes de l'Accord Coopératif No. AID-OAA-A-11-00014, adjugé par le biais du FANTA-2 Bridge à FHI 360.

Le contenu incombe à FHI 360 et ne reflète pas forcément les vues de l'USAID ou du Gouvernement des Etats-Unis.

Publié en octobre 2011

Citation recommandée

Deconinck, Hedwig, Paluku Bahwere, Serigne Mbaye Diene, Diane de Bernardo, et Pierre Adou. 2011. *Revue de la mise en œuvre du programme de prise en charge à base communautaire de la malnutrition aiguë en Afrique de l'Ouest : Rapport récapitulatif*. Washington, DC : FHI 360/FANTA-2 Bridge.

Contact des Informations

FANTA-2 Bridge
FHI 360
1825 Connecticut Avenue, NW
Washington, D.C. 20009-5721
Tel: 202-884-8000
Fax: 202-884-8432
Email: fanta2@fhi360.org
Website: www.fanta-2.org

Table des matières

Sigles	i
Résumé analytique	1
Introduction	5
Données générales	5
Objectif de la revue	6
Méthode	6
Description de la PCMA.....	8
Récapitulatif de la PCMA dans quatre pays de l'Afrique de l'Ouest	9
Environnement favorable pour la PCMA.....	9
Compétences pour la PCMA	19
Accès aux services de la PCMA.....	23
Accès aux fournitures de la PCMA	33
Qualité de la PCMA.....	34
Conclusions	43
Références	45

Sigles

ACSI	Accelerated Child Survival Initiative (Initiative accélérée de survie de l'enfant)
AEN	Actions essentielles en nutrition
ANJE	Alimentation du nourrisson et du jeune enfant
AQ	Amélioration de la qualité
ASC	Agent de santé communautaire
ATPE	Aliment thérapeutique prêt à l'emploi
CCC	Communication pour le changement de comportement
CDV	Conseils et dépistage volontaires
COGES	Comité de gestion
CPS/MS	Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé
DCHA/OFDA	USAID Bureau for Democracy, Conflict, and Humanitarian Assistance, Office of U.S. Foreign Disaster Assistance (Bureau pour l'assistance en cas de catastrophe à l'étranger du Bureau pour la démocratie, la résolution des conflits et l'aide humanitaire)
DN	Direction ou Division de la Nutrition
DNSI/MEIC	Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique du Ministère de l'Économie, de l'Industrie et du Commerce
EGIM	Enquête par grappe à indicateurs multiples
FANTA-2	Food and Nutrition Technical Assistance II Project (Projet II d'assistance technique en alimentation et nutrition)
INS	Institut National de Statistiques
MAG	Malnutrition aiguë globale
MAM	Malnutrition aiguë modérée
MAS	Malnutrition aiguë sévère
MS	Ministères de la santé
OBC	Organisation à base communautaire
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PAM	Programme alimentaire mondial
PCMA	Prise en charge à base communautaire de la malnutrition aiguë
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance
PE	Partenaire d'exécution
PEC MAM	Prise en charge de la malnutrition aiguë modérée
PEC MAS	Prise en charge de la malnutrition aiguë sévère
REACH	Renewed Efforts against Child Hunger
S&R	Suivi et rapports
SMART	Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transition (Suivi et évaluation standardisés des secours et de la transition)
SPC	Suivi et promotion de la croissance
SQUEAC	semi-quantitative evaluation of access and coverage (Evaluation semi-quantitative de l'accès et de la couverture)
UNSCN	United Nations Standing Committee on Nutrition
USAID	United States Agency for International Development (Agence des Etats-Unis pour le développement international)
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
WARP	West African Regional Program

Résumé analytique

Le présent rapport récapitule les résultats et les conclusions des revues de la mise en œuvre du programme de prise en charge à base communautaire de la malnutrition aiguë (PCMA) dans quatre pays de l'Afrique de l'Ouest (Burkina Faso, Mali, Mauritanie et Niger) qui ont été menées d'octobre 2009 à octobre 2010. Ces revues avaient pour objet d'examiner les pratiques de mise en œuvre de la PCMA et de faire des recommandations pour continuer à soutenir l'intégration, l'expansion et l'amélioration de la qualité (AQ) de la PCMA. De nets progrès ont pu être réalisés au niveau de l'intégration et de l'expansion de la PCMA grâce au soutien accru des gouvernements, des organismes des Nations Unies (ONU), des partenaires d'exécution (PE) et des donateurs. Si on reconnaît amplement le rôle vital de la PCMA pour prévenir la mortalité pendant et après les crises récentes de sécurité alimentaire, les problèmes de qualité limitent pourtant l'impact général de la PCMA sur la mortalité infantile et réduisent sa contribution à la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD).

Le présent rapport se penche sur les déterminants clés de l'impact maximal de l'intégration, de l'expansion et de l'AQ de la PCMA, qui sont regroupés dans cinq domaines : environnement favorable pour la PCMA, compétences pour la PCMA, accès aux équipements et aux fournitures de la PCMA et qualité de la PCMA. Pour chaque déterminant clé, le rapport présente les pratiques optimales, un récapitulatif des résultats, des contraintes et des recommandations pratiques pour le ministère de la santé (MS) ; les organismes des Nations Unies ; les instituts de recherche et d'enseignement ; les organisations non gouvernementales (ONG) et les donateurs.

Les principaux résultats sont donnés ci-après :

- Environnement favorable pour la PCMA
 - Le gouvernement reconnaît l'impact de la nutrition sur le développement et partant soutien l'expansion à grande échelle des interventions nutritionnelles. Aussi, des efforts importants ont-ils été déployés pour améliorer l'environnement politique en général et la formulation de politiques liées à la PCMA en particulier.
 - Des entités ont été créées à haut niveau ou sont en train de l'être, assurant ainsi à la nutrition un leadership politique national. Ont également été discutés la coordination et les liens multisectoriels entre les différents organismes et entités mais ces liens ne sont pas encore fermement établis.
 - La direction ou la division de la nutrition (DN) du MS assume de plus en plus le rôle de leader pour la coordination et l'expertise technique de la PCMA bien qu'il faille encore renforcer sa capacité au niveau national, régional et de district.
 - Le rôle du MS, sur le plan du leadership technique et de la coordination, est soutenu par l'UNICEF et les PE. Le MS reçoit un soutien intermittent sous forme d'expertise internationale ou d'experts disponibles temporairement et ne compte pas de renforcement continu des capacités ou de formation institutionnalisée.
 - Les crises alimentaires récurrentes ont propulsé en avant l'intégration et l'expansion de la PCMA malgré les systèmes de plaidoyer limités qui sont en place pour promouvoir la PCMA.
- Compétences pour la PCMA
 - La stratégie de formation en cascade en cours d'emploi pour la PCMA qui a été instaurée au départ existe toujours comme méthode de renforcement des compétences mais elle ne fait pas partie d'une stratégie générale et permanente du renforcement des capacités.
 - Il n'existe pas de matériel de formation standardisé et adapté aux différents contextes.
 - Des mesures concrètes commencent à être prises pour intégrer la PCMA dans la formation de base.
 - Les sites d'apprentissage ne sont pas encore établis de manière précise. Toutefois, quelques sites commencent à jouer le rôle de site d'apprentissage et certains de ces sites pourraient être utilisés pour promouvoir ce rôle.

- D'excellentes pratiques prometteuses sont utilisées ou essayées mais la documentation, le partage d'informations et l'utilisation des leçons dégagées de ces opportunités restent encore limités malgré le besoin souvent exprimé et l'envie d'apprendre et d'accéder à cette information.
- Accès aux services de la PCMA
 - Avec l'intégration et l'expansion de la PCMA démarrés progressivement en 2005, on est arrivé à une très bonne couverture géographique pour la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère (MAS), sauf dans les régions reculées ou dans les endroits avec des populations mobiles.
 - La prise en charge de la malnutrition aiguë modérée (MAM) est erratique et n'est pas intégrée en tant que service de santé de routine. Par contre, elle est bien soutenue par le Programme alimentaire mondial (PAM) et les PE dans les régions exposées à l'insécurité alimentaire.
 - L'extension communautaire reste faible et dépend essentiellement des PE spécialisés en nutrition, et elle est réalisée dans le cadre de leurs programmes de développement.
 - La pénurie de personnel qualifié et formé ainsi que les contraintes financières rencontrées par le gouvernement pour recruter du personnel de santé nuisent aux progrès qui ont été faits au niveau de l'intégration, de l'expansion et de l'AQ de la PCMA.
 - Le système informel de santé joue un rôle important au niveau de la prise en charge de la malnutrition aiguë et pourtant, il reste largement ignoré.
- Accès aux équipements et aux fournitures de la PCMA
 - Il n'existe pas de système national d'approvisionnement pour la PCMA qui soit en place bien qu'un soutien renforcé soit donné par l'UNICEF, le PAM et les PE pour limiter les ruptures de stock dans la mesure du possible.
 - Des systèmes novateurs de gestion de l'approvisionnement font l'objet de tests pilotes et pourraient dégager des leçons prometteuses sur la manière de renforcer le système d'approvisionnement.
- Qualité de la PCMA
 - Outre les directives nationales, il n'existe que peu d'outils et d'aides de travail standardisés qui soient disponibles pour les gestionnaires de la santé, les formateurs et les agents de santé.
 - Le système de suivi et rapports (S&R) doit être harmonisé et doit devenir plus précis. Des discussions sont en cours pour arriver à cette amélioration.
 - Dans le contexte de la PCMA intégrée, le maintien de la qualité des services relève d'un défi constant et, de l'avis de tous, il est important de se doter d'approches AQ.

Les contraintes sont récapitulées ci-après :

- Environnement favorable pour la PCMA
 - Soutien et directives nationales limités pour la PCMA et intégration/liens limités avec des initiatives de coordination multisectorielle.
 - Capacité de plaidoyer limitée et absence d'un plan de plaidoyer complet pour maintenir l'engagement et le financement au niveau national et international.
 - Capacité institutionnalisée limitée au niveau national et régional pour assurer la gestion et le leadership technique.
 - Coordination et leadership technique efficaces limités entre le gouvernement, les organisations humanitaires et de développement et les établissements de recherche et d'enseignement.

- Compétences pour la PCMA
 - Il n'existe pas de stratégie intégrale et permanente pour le renforcement général des capacités liées à la PCMA
 - Les instituts pédagogiques ne sont pas vraiment engagés dans le renforcement des capacités dans le cadre de la formation continue et la formation de base n'insiste pas suffisamment sur la prise en charge de la malnutrition aiguë.
 - Il n'existe qu'une expertise nationale limitée pour renforcer et adapter les protocoles ainsi que pour mettre au point des méthodes et des outils pédagogiques standardisés et complets adaptés au contexte national.
- Accès à la PCMA
 - Des barrières géographiques, financières et socioculturelles persistent entravant l'accès à la PCMA.
 - L'investissement est limité dans la composante d'extension communautaire de la PCMA.
 - Il y a pénurie d'agents de santé qualifiés dans le système national de la santé.
- Accès aux équipements et aux fournitures de la PCMA
 - Le MS a une responsabilité limitée dans le système d'approvisionnement de la PCMA.
- Qualité de la PCMA
 - On n'insiste que moyennement sur l'amélioration de la qualité de l'extension communautaire, de la prise en charge hospitalière pour la MAS avec complications médicales, la prise en charge de la MAM (PEC MAM) et la gestion des services.
 - Si le système de surveillance de routine est efficace pour notifier le nombre de cas, il l'est par contre nettement moins pour montrer la performance de la PCMA et pour utiliser les résultats en vue d'améliorer la stratégie de la mise en œuvre.

Les recommandations sont récapitulées ci-après :

- Environnement favorable pour la PCMA
 - Il convient d'encourager des initiatives pour valider et promulguer des documents de politiques qui sont favorables à l'intégration, à l'expansion et à l'AQ de la PCMA.
 - De même, la coordination et le leadership technique de la PCMA devraient être soutenus au niveau national, régional et de district.
 - Les efforts pour rehausser le statut de la nutrition au sein du MS doivent continuer jusqu'au niveau le plus bas.
 - Les services de nutrition doivent être intégrés dans les divisions et départements concernés du MS à tous les niveaux.
 - Il convient de soutenir un système de plaidoyer pour la nutrition, y compris la PCMA.
- Compétences pour la PCMA
 - Il convient d'encourager et de soutenir une stratégie intégrale pour le renforcement des capacités techniques et l'expertise qui comprenne l'intégration de la PCMA dans la formation de base, l'amélioration de la formation continue et l'encadrement, la mise en place de sites d'apprentissage dispensant des soins de qualité qui deviennent des centres nationaux de formation avancée. Il est important également d'encourager des visites d'apprentissage au niveau national et de faciliter celles au niveau international.
 - Des systèmes de documentation et de partage de l'information devraient être mis en place et devenir accessibles à tous.

- Il faudrait également encourager l'engagement et/ou les liens avec des experts nationaux et internationaux ainsi que l'organisation de forums de discussion.
- Accès à la PCMA
 - Il convient d'encourager l'expansion de la PEC hospitalière et une plus large décentralisation de la PEC ambulatoire pour élargir l'accès aux services de la PCMA à l'avenir.
 - Les liens entre le réseau des agents d'extension communautaire et le système de santé devraient être renforcés et des collaborations synergiques devraient être créées entre les systèmes de santé, formel et informel.
- Accès aux équipements et aux fournitures de la PCMA
 - Les systèmes d'approvisionnement de la PCMA devraient être renforcés et atteindre les niveaux les plus bas du système de santé participant à la PCMA.
 - Il faudrait mener des recherches pour trouver des systèmes novateurs et durables qui permettent d'éviter les ruptures de stock.
- Qualité de la PCMA
 - L'AQ de la PCMA doit représenter la priorité numéro un. Une approche permanente de l'AQ devrait être adaptée et/ou développée puis faire l'objet de tests sur le terrain.
 - Les directives nationales doivent être mises à jour, basées sur les données probantes les plus récentes et les meilleures pratiques prometteuses.
 - Le matériel de formation, les aides de travail et les outils de S&R devront être adaptés et/ou développés et l'accès aux outils internationaux de la PCMA devrait être facilité.
 - Les systèmes de S&R de routine devront être standardisés et simplifiés pour qu'une information exacte et précise soit disponible et cette information devra être compatible avec les systèmes S&R internationaux pour que la comparaison entre les pays reste possible.
 - La performance de la PCMA devrait être intégrée à la surveillance nutritionnelle et aux systèmes nationaux d'informations sanitaires (SNIS).

Les recommandations spécifiques pour les donateurs, les organismes des Nations Unies et les PE sont récapitulées ci-après :

- Les donateurs et les PE intervenant en situation d'urgence devraient considérer la PCMA comme une activité de réduction de risque en cas d'urgence dans les pays qui ont des niveaux de crise endémique de malnutrition aiguë ou qui sont vulnérables aux chocs répétés.
- Les donateurs et les PE des urgences et du développement, devraient donc renforcer les capacités durables en soutenant l'intégration, l'expansion et l'AQ des services de la PCMA au sein des structures gouvernementales et des institutions nationales et dans le système de santé en général.
- L'expertise technique dans le pays doit être renforcée de manière durable.

Introduction

L'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID), Bureau pour l'assistance en cas de catastrophe à l'étranger du Bureau pour la démocratie, la résolution des conflits et l'aide humanitaire (DCHA/OFDA) apporte un soutien depuis 2005 à la prise en charge de la malnutrition aiguë dans le Sahel par l'entremise du Programme régional de l'Afrique de l'Ouest (WARP). DCHA/OFDA a demandé au Projet II d'assistance technique pour l'alimentation et la nutrition (FANTA-2) de faire une revue de l'état d'avancement des programmes de prise en charge à base communautaire de la malnutrition aiguë (PCMA) dans quatre pays de l'Afrique de l'Ouest (Burkina Faso, Mali, Mauritanie et Niger) pour aider à relever les priorités des programmes DCHA/OFDA, dont celles qui demandent des investissements de DCHA/OFDA. Le but consistait à passer en revue la mise en œuvre des programmes de la PCMA dont l'institutionnalisation et les pratiques prometteuses ainsi que son intégration aux systèmes nationaux de santé pour fournir à DCHA/OFDA un rapport faisant le point de la situation, de manière à faire ressortir l'enseignement tiré de ses programmes et faire des recommandations sur les défis qu'il faut encore relever, sur les pratiques prometteuses, les lacunes et les domaines prioritaires du soutien de DCHA/OFDA. Au Niger, la revue s'est également penchée sur les réponses du gouvernement et des PE à la crise alimentaire de 2010. La revue devait apporter à DCHA/OFDA l'information nécessaire à la planification de ses programmes et servir aussi d'outil de plaidoyer pour guider d'autres donateurs à planifier un soutien à la PCMA dans la région. Les auteurs espèrent que les résultats de cette revue s'avéreront utiles aux communautés, aux responsables des programmes et aux organisations gouvernementales et non gouvernementales (ONG) engagés dans les interventions nutritionnelles à base communautaire dans la région du Sahel. Le présent rapport synthétise les principaux résultats pour ces quatre pays.

DONNEES GENERALES

Situation concernant la malnutrition aiguë

Le Sahel est l'une des régions les plus pauvres au monde, durement éprouvé ces dix dernières années par des catastrophes naturelles dont les sécheresses, les invasions de sauterelles et les inondations. Par conséquent, la plupart des pays du Sahel dont le Burkina Faso, le Mali, la Mauritanie et le Niger, connaissent une faim endémique caractérisée par des fluctuations saisonnières et des crises alimentaires aiguës répétées. Les taux de prévalence de la malnutrition aiguë globale (MAG) chez les enfants sont restés à des taux critiques (définis par l'OMS comme étant de l'ordre de 15% de la population) pendant au moins une décennie et ils ont grimpé au dessus de ce niveau critique pendant les périodes de soudure et lors des crises alimentaires. Etant donné la prévalence élevée de la MAG, les pratiques non-optimales d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE), la morbidité élevée conjuguée au manque d'accès aux services de santé essentiels et à l'eau de boisson potable ainsi que la croissance démographique rapide, le nombre absolu d'enfants souffrant de malnutrition aiguë a augmenté ces dix dernières années, affectant surtout les enfants âgés de 6 mois à 2 ans. Sont touchés aussi bien les enfants vivant dans les zones rurales que ceux vivant dans les zones urbaines et les taux élevés sont constatés dans certaines régions classées pourtant à moindre risque de malnutrition aiguë. En 2010, d'après les estimations, 1,5 million d'enfants de moins de 5 ans ont souffert de malnutrition aiguë. Cette même année, l'UNICEF a estimé que 859 000 enfants de moins de 5 ans au Burkina Faso, au Mali, au Niger, dans le Nord du Nigeria et au Tchad nécessitaient un traitement urgent car ils étaient exposés au danger de mourir de malnutrition aiguë sévère (MAS).¹ Dans la région du Sahel, où un enfant sur cinq meurt avant l'âge de 5 ans, la malnutrition aiguë est la cause directe ou indirecte de plus de 50% des décès infantiles (~225 000 décès infantiles sur un total de 449 000 décès infantiles annuels).²

Cette situation s'applique aux quatre pays faisant l'objet de la présente revue. Si la prévalence de la MAS est alarmante dans chacun d'entre eux, les taux de MAG quant à eux varient d'un pays à l'autre. Les

¹ UNICEF. 2010. Child Malnutrition in the Sahel Region.

² UNICEF. 2006. Consolidated Appeal Process.

derniers taux de MAG au moment de la revue s'élevaient à 23 % au Burkina Faso,³ 13 % au Mali,⁴ 11,9 % en Mauritanie,⁵ et 16,7 % au Niger.⁶

Histoire de la prise en charge de la malnutrition aiguë dans la Région

Dans la plupart des pays visités pour la revue, la prise en charge de la malnutrition aiguë n'a été standardisée que récemment. Dans les quatre pays, les premières directives nationales standardisées pour les soins hospitaliers ont été mises au point au début des années 2000. Ces directives ne couvraient que le traitement de la MAS en cadre hospitalier jusqu'à la récupération, selon les recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) de 1999. L'approche de la PCMA, adoptée par l'OMS, l'UNICEF, le Programme alimentaire mondial (PAM) et le Comité permanent de nutrition des Nations Unies (UNSCN) en novembre 2005 a été incluse en tant que version révisée des directives développées par ces pays fin 2006. En 2010, l'approche de la PCMA était encore relativement nouvelle et les pays se trouvaient à des stades différents de l'intégration et de l'expansion de la PCMA, allant du stade limité au stade avancé.

OBJECTIF DE LA REVUE

La revue avait pour objet de :

- Faire le point sur la mise en œuvre générale de la PCMA au Burkina Faso, au Mali, en Mauritanie et au Niger et de rédiger un rapport sur la situation des activités de la PCMA dans chaque pays.
- Revoir la performance et l'efficacité des programmes de la PCMA et, si les données obtenues ne sont pas suffisantes pour cela, formuler des recommandations pour renforcer les systèmes de suivi et de rapports (S&R).
- Analyser la pertinence des activités financées par la DCHA/OFDA et voir dans quelle mesure elles contribuent à renforcer la viabilité des systèmes de santé nationaux
- Identifier les défis, les possibilités, les lacunes, les meilleures pratiques et l'enseignement tiré de la mise en œuvre de la PCMA dans chaque pays
- Faire des recommandations à la DCHA/OFDA sur la meilleure manière de relever les défis, d'exploiter les opportunités et de combler les lacunes observées.

METHODE

La revue comprenait des visites sur le terrain et l'examen de documents. Les visites sur le terrain ont permis de faire une observation directe des services de la PCMA, d'organiser des entretiens semi-structurés avec les informateurs principaux au niveau national, régional, de district et communautaire ainsi que des discussions avec les gestionnaires de la santé et les agents de santé, les volontaires communautaires, les dirigeants communautaires, les bénéficiaires et les non bénéficiaires. L'équipe de la revue comprenait des représentants de toutes les parties concernées, y compris des gouvernements nationaux, des organismes des Nations Unies, des ONG et des organisations à base communautaire (OBC). Ont été revus les documents de stratégies et de politiques nutritionnelles, les protocoles nationaux, les rapports d'évaluation, les rapports de programme et l'information disponible sur la performance.

³ UNICEF Multiple indicator cluster survey (MICS). 2007.

http://www.unicef.org/statistics/index_countrystats.html

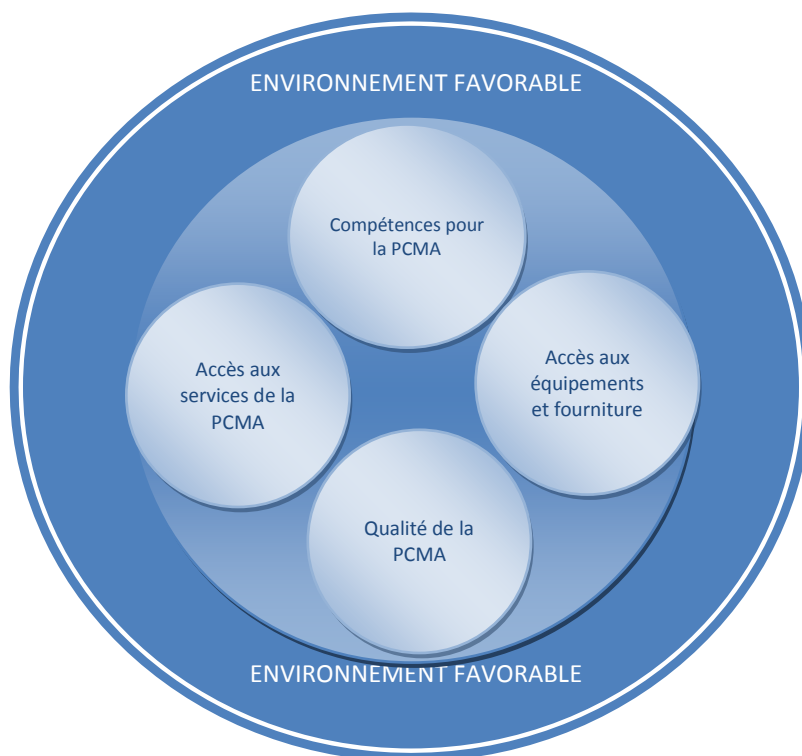
⁴ Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé (CPS/MS), Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique du Ministère de l'Économie, de l'Industrie et du Commerce (DNSI/MEIC), and Macro International Inc. 2007. Enquête Démographique et de Santé du Mali 2006.

⁵ UNICEF MICS. 2007. http://www.childinfo.org/mics3_surveys.html.

⁶ Institut National de Statistiques (INS), Niger. 2010. Rapport de l'enquête nutrition et survie des enfants de 6 à 59 mois, mai-juin 2010.

Les revues de documents et les visites sur le terrain se sont particulièrement penchées sur les éléments clés du cadre de la PCMA mis au point par FANTA (programme prédécesseur de FANTA 2) lors d'un examen de trois pays concernant l'intégration de la PCMA en 2007. Le cadre de la PCMA regroupe des éléments qui sont d'importance critique pour une intégration, une expansion et une amélioration de la qualité (AQ) réussies dans cinq domaines : environnement favorable, compétences pour la PCMA, accès aux services de la PCMA, accès aux équipements et fournitures de la PCMA, qualité de la PCMA (Voir **Figure 1** Domaines de l'intégration de la PCMA et **Annexe 1** Eléments clés du cadre du PCMA).

Figure 1. Domaines de l'intégration de la PCMA



Le présent rapport discute des déterminants clés pour arriver à l'impact maximal de l'intégration de la PCMA, de l'expansion et de l'AQ. Pour chaque déterminant sont présentés les pratiques optimales, un récapitulatif des résultats, des contraintes et des recommandations pratiques pour le Ministère de la santé (MS), les organismes des Nations Unies, les établissements de recherche et d'enseignement et les donateurs.

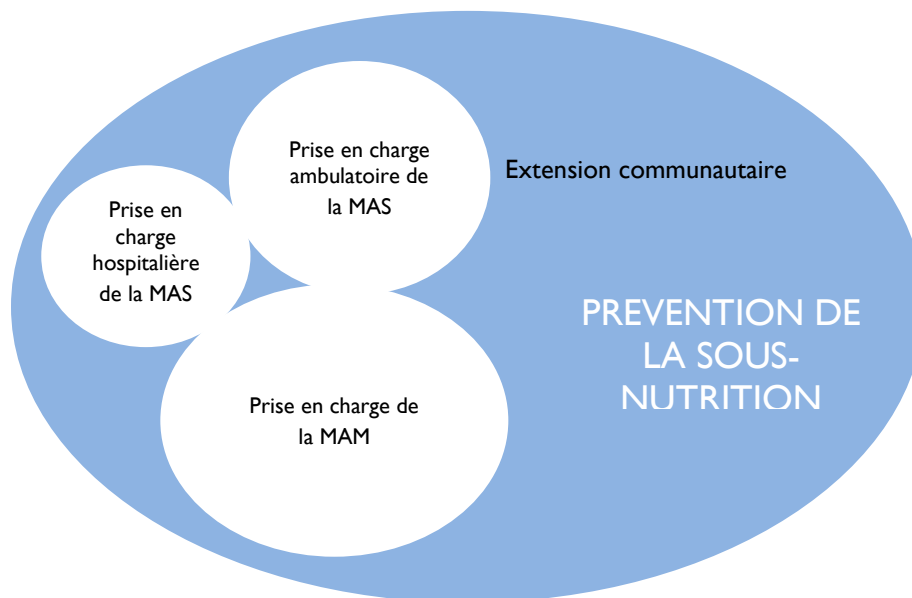
Au lieu d'analyser la pertinence des seules activités financées par DCHA/OFDA pour la PCMA et la mesure dans laquelle ces activités aident à soutenir des systèmes nationaux de santé qui sont viables, la portée des revues a été élargie et porte sur l'analyse du soutien général à la PCMA.

L'équipe de FANTA-2 qui a réalisé la revue compte Hedwig Deconinck, conseillère senior en PCMA et nutrition d'urgence ; Paluku Bahwere, consultant en PCMA et le VIH et nutrition ; Serigne Mbaye Diene, conseiller senior en VIH et nutrition ; Diane De Bernardo, spécialiste en nutrition d'urgence et Pierre Adou, conseiller en VIH et nutrition.

DESCRIPTION DE LA PCMA

La PCMA est une approche de la prise en charge de la malnutrition aiguë qui comprend plusieurs composantes qui sont : 1. une composante PEC hospitalière pour les enfants de moins de 6 mois avec malnutrition aiguë et pour les enfants de 6 à 59 mois avec malnutrition aiguë sévère (MAS) et complications médicales, 2. la PEC ambulatoire pour les enfants âgés de 6 à 59 mois avec MAS sans complications médicales, 3. la PEC ambulatoire pour les enfants de 6 à 59 mois avec malnutrition aiguë modérée (MAM) et 4. un réseau de relais communautaires pour la mobilisation, et le dépistage actif communautaire afin de détecter et de référer les cas de malnutrition aiguë à un stade précoce de la maladie. Les différentes composantes sont présentées sur la Figure 2.

Figure 2. Composantes de la PCMA présentées dans le contexte général de la nutrition



Récapitulatif de la PCMA dans quatre pays de l'Afrique de l'Ouest

ENVIRONNEMENT FAVORABLE POUR LA PCMA

Leadership du gouvernement et du ministère de la santé

- Pratiques optimales
 - Les gouvernements et les ministères concernés, surtout le MS, font preuve d'engagement et participent activement à la prévention et à la prise en charge de la malnutrition aiguë et ils intègrent la PCMA à la formulation de politiques et à la planification stratégique ; à la fixation de standards et à l'octroi de ressources humaines et financières pour promouvoir l'intégration, l'expansion et l'AQ de la PCMA et pour mettre en lien la nutrition dont la PCMA avec les initiatives multisectorielles de nutrition et de sécurité alimentaire.
- Synthèse des résultants
 - Les parties prenantes reconnaissent l'impact négatif de la nutrition sur les progrès du développement aussi la nutrition fait-elle partie des priorités du gouvernement. Des entités ont été créées à haut niveau ou vont être créées pour assurer un leadership politique en matière de nutrition au niveau national. Par ailleurs, on insiste moins sur la prise en charge de la malnutrition aiguë que sur la sécurité alimentaire. Les liens ne sont pas bien établis avec les initiatives de nutrition et de sécurité alimentaire, sauf dans les endroits où est déployée l'initiative REACH (Renewed Efforts against Child Hunger). Il n'existe pas de plan national visant à augmenter nettement les ressources humaines et financières pour la prise en charge de la malnutrition aiguë, que ce soit à partir du budget national ou des recettes des bailleurs de fonds. Il existe bien plusieurs initiatives en vue d'avaliser et de promulguer des documents de politiques favorables à l'expansion de la PCMA mais elles ne sont pas encore mises en œuvre efficacement et pleinement. Tout effort fait pour mettre en exergue la nutrition au sein du MS reste limité dans son impact car le statut de la nutrition au niveau périphérique du système de santé reste peu élevé.
- Contraintes
 - L'engagement à un niveau élevé ne s'est pas encore traduit en plans d'action concrets pour l'intégration, l'expansion et l'AQ de la PCMA.
- Recommandations
 - Les interventions de nutrition préventive devraient occuper une place centrale dans les plans de nutrition du gouvernement mais les enfants avec MAM et MAS qui n'ont pas pu bénéficier de ces interventions préventives devraient également recevoir une attention suffisante. Les directions et/ou les divisions de la nutrition (DN) ainsi que leurs PE internationaux devraient être encouragés et soutenus à utiliser tous les moyens et tous les forums pour recommander qu'une attention plus grande soit apportée à la prise en charge de la malnutrition aiguë de la part du gouvernement et des entités spécialisées à haut niveau. En relevant le statut national de la nutrition et en engageant davantage les entités de gouvernance concernées, on aidera à changer les opinions sur la nutrition et à reconnaître l'importance de la PCMA.

Coordination du ministère de la santé

- Pratiques optimales
 - Pour que le MS assume son rôle de coordination dans l'intégration, l'expansion et l'AQ de la PCMA, il faudra créer des systèmes de coordination pour la nutrition et des équipes techniques ou groupes de travail pour la PCMA, au niveau national et régional, avec des termes de référence établis, incluant une hiérarchie, les critères d'adhésion des membres, les calendriers des réunions et les rapports et documentations à présenter. Le système de coordination regroupe les activités de coordination dans les contextes de développement et d'urgence et comprend les PE pertinents. Les réunions sont coordonnées et présidées par des représentants du MS. Le cas échéant, la capacité du MS en matière de coordination est renforcée.
- Synthèse des résultats
 - Lors des réponses dans les situations d'urgence de ces 5 dernières années, un système de coordination a été mis en place rapidement puisqu'il fallait gérer immédiatement des fonds importants et assurer une réponse sur le plan nutritionnel en faisant entrer en jeu de nombreux PE. Lors de cette période de 5 ans, des mesures importantes ont été prises pour renforcer les systèmes de coordination et renforcer le rôle du MS.
 - Le Cluster Nutrition, quand il existe, assume un rôle de premier plan dans la coordination des interventions de nutrition d'urgence mais n'a pas encore fait intervenir les PE de la nutrition du développement.
 - Un réseau de points focaux nutritionnels du MS a été mis en place aux différents niveaux et il renforce la coordination des activités de la PCMA dans le système de santé, entre les différents secteurs et avec les PE. Malgré les nombreux systèmes de coordination multisectorielle et sectorielle qui ont été créés, et les diverses initiatives lancées, les systèmes de coordination de la nutrition au niveau national, régional et de district, ne sont pas reliés aux systèmes de sécurité alimentaire et les stratégies et activités sont souvent organisées de manière parallèle sans qu'elles soient compatibles les unes avec les autres. La réussite du système de coordination de la nutrition dépend de la personne en charge de la coordination plutôt que du système qui est institutionnalisé. En Mauritanie, l'initiative REACH est en train d'établir un cadre de coordination d'ensemble regroupant les PE de tous les secteurs et qui est reproduit au niveau régional. Ce cadre de coordination semble très prometteur.
- Contraintes
 - Les systèmes de coordination sont étroitement axés sur les résultats et cherchent avant tout à sauver des vies ou des moyens d'existence. Ils sont moins concernés par la création d'une structure de coordination viable dans le long terme et par un processus de coordination viable aux différents niveaux. L'UNICEF assume le rôle de leader pour la coordination des interventions de nutrition aux niveaux nationaux et régionaux et remplit la fonction de leader des clusters nutrition. L'UNICEF a invité le MS à participer mais la différence au niveau des capacités (ressources) signifie que le personnel de la DN/MS a davantage un rôle d'observateur que de participant.
- Recommandations
 - Un simple examen des systèmes de coordination au niveau national, régional et de district, permettrait de faire ressortir les faiblesses ainsi que les opportunités et d'informer les parties concernées sur la manière de renforcer le système de coordination au sein du MS au même titre que les liens avec les programmes de nutrition préventive et de sécurité alimentaire entre les divers secteurs. Il faudrait définir les rôles et les responsabilités ainsi que les outils

et les systèmes de collaboration, en assurant la représentation entre les secteurs et celle des PE concernés. Le système de coordination devra couvrir les réponses tant pour le développement que pour l'urgence, afin d'éviter tout double emploi. Les réunions seront coordonnées et présidées par les représentants du MS et la capacité de ce dernier sera renforcé aux niveaux nécessaires (par exemple, un système de communication amélioré, le soutien et l'encadrement de l'UNICEF, tel que c'est le cas pour la coordination au Niger dans l'approche du cluster nutrition.

Intégration aux politiques et plans stratégiques

- Pratiques optimales
 - La prévention et la prise en charge de la malnutrition aiguë figure au titre des priorités des pays et les entités multisectorielles pertinentes l'ont intégrée dans leur politiques et plans stratégiques. Pour le MS, la PCMA est incluse dans les plans de santé et de nutrition à l'échelle nationale et l'intégration, l'expansion et l'AQ de la PCMA font partie des plans stratégiques, des plans d'action annuels et des budgets. La stratégie d'intégration et d'expansion de la PCMA et la stratégie du renforcement des capacités connexes sont alignées sur la stratégie générale de la nutrition et sur le profil épidémiologique des pays. Les politiques et les plans stratégiques couvrent toutes les composantes de la PCMA et les liens entre les composantes sont forgés et renforcés, quelle que soit l'entité responsable.
- Synthèse des résultats
 - La nutrition relève d'une priorité pour les MS qui sont en train d'intégrer la prévention et la prise en charge de la malnutrition aiguë dans leurs politiques et plans stratégiques de santé et de nutrition au niveau national. Les gouvernements reconnaissent que la prise en charge de la malnutrition aiguë est une intervention capitale pour accélérer les progrès en vue d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Par ailleurs, les directives nationales pour la prise en charge de la malnutrition aiguë restent encore le seul document introduisant la PCMA et traitant des questions de politiques connexes.
 - L'introduction de la PEC-MAS dans l'enveloppe de services de santé est encouragée et c'est la principale forme par laquelle se traduit l'intégration de la PCMA dans les documents de politiques mais elle ne couvre pas toujours toutes les composantes de la PCMA.
 - La PEC-MAM est généralement séparée de la PEC-MAS car la première est mise en œuvre généralement dans les régions avec insécurité alimentaire et la seconde dans les régions avec des taux élevés de prévalence de la MAS. Par conséquent, les services de MAS et de MAM ne sont pas toujours reliés comme il le faudrait et ils ne sont pas dispensés dans la même région à moins qu'une même entité ne dispense les deux services à la fois. En Mauritanie, le MS n'est pas investi de la mission de la PEC-MAM et cela crée des problèmes de planification stratégique au niveau national (bien que la situation à ce niveau soit plus facile au niveau régional et de district car les partenaires d'exécution (PE) sont davantage reliés entre eux par le biais d'un système de coordination qui est en cours d'amélioration par le biais de REACH).
 - La composante de l'extension communautaire ne fait généralement pas partie d'une stratégie mais elle dépend davantage du travail des PE. La supervision de l'extension communautaire pour la PCMA, au niveau national, régional et de district, ne s'est pas concrétisée malgré l'engagement depuis longtemps des agents de santé communautaire (ASC) dans les services d'extension communautaire, la stratégie avancée, le suivi de la croissance, l'éducation sanitaire et nutritionnelle et les vaccinations.

- **Contraintes**
 - L'extension communautaire est faible pour la PCMA et elle dépend des PE plutôt que d'un effort visant à explorer les opportunités par le biais des initiatives d'extension communautaire existantes.
 - La définition et la structuration du rôle des ASC, des volontaires communautaires et/ou d'autres agents d'extension communautaire et le rôle du comité de gestion (COGES) ont été négligées, ce qui entrave la mobilisation communautaire tant pour présenter rapidement les cas de malnutrition que pour étendre la couverture de la PCMA.

- **Recommandations**
 - Le MS, avec le soutien technique des experts de l'extension communautaire, devrait formuler une stratégie et mettre en œuvre un plan pour renforcer les initiatives d'extension communautaire de la PCMA ainsi que les structures et initiatives communautaires qui existent déjà.
 - Une approche de la PEC MAM qui soit efficace par rapport aux coûts et basée sur des données probantes devrait être adaptée au contexte des divers pays et alignée sur les approches de prévention de la malnutrition aiguë et de la PEC MAM.
 - Ensuite, le MS, avec un soutien technique, devrait renforcer la composante PEC MAM en formulant une stratégie et des directives et en reliant la PEC MAM à la prévention et à la PEC MAS, surtout dans les pays vulnérables à l'insécurité et aux chocs alimentaires. Le rôle des agents d'extension communautaire (ASC, volontaires communautaires, animateurs communautaires) et le rôle du COGES devra être défini et structuré. La communauté sera ainsi plus susceptible de présenter rapidement les cas de malnutrition à un stade précoce et la couverture de la PCMA pourra être étendue plus rapidement.

Mécanismes de leadership technique et de soutien technique du MS

- **Pratiques optimales**
 - La DN/MS dispose de la capacité nécessaire pour formuler et mettre à jour des stratégies, des plans, normes et outils nationaux pour la PCMA ; renforcer les compétences en matière de gestion et de mise en œuvre de la PCMA ; soutenir les approches d'AQ continue ; promouvoir le partage d'information et la documentation ; dégager les preuves opérationnelles et guider la discussion technique et la prise de décision. Un système de soutien technique du MS (unité ou équipe) fonctionne comme un service de soutien technique opérationnel qui encourage l'intégration, l'expansion et l'AQ de la PCMA au niveau national, régional et de district et qui institutionnalise l'apprentissage spécifique au pays.

- **Synthèse des résultats**
 - Il n'existe pas de système de soutien technique ou de stratégie durable pour le renforcement des capacités liées à la PCMA. L'approche la plus courante consiste à donner une formation rapide, en utilisant le processus de formation en cascade, sans matériel pédagogique ou aides de travail standardisées. Le pool de formateurs en chef et de superviseurs est composé de membres du personnel de la DN/MS, de cliniciens disposant d'une expérience pédagogique et de responsables de la santé ainsi que points focaux nutritionnels au niveau de district.
 - Les superviseurs apportent une supervision formative et participent à la résolution de problèmes qui souvent dépassent leur sphère de compétence et, partant, l'impact général de la supervision est limité.
 - Les points focaux de la nutrition ne se consacrent pas toujours à temps plein aux activités nutritionnelles et la nutrition n'est pas leur seule mission. Cette division des tâches nuit à leur efficacité et à l'apprentissage.

- Les organismes des Nations Unies et les PE/ONG complètent la capacité technique du MS en demandant aux experts techniques de leurs équipes de travailler en collaboration avec le MS au niveau national, régional et de district dans leur domaine.
- **Contraintes**
 - La principale contrainte réside dans le manque de ressources humaines et financières pour créer une base d'expertise en matière de PCMA au niveau national aux moments d'importance critique de l'intégration et de l'expansion de la PCMA. En l'absence d'un système continu d'apport d'expertise technique aux pays, le pool d'experts nationaux (formateurs et superviseurs) ne peut pas compter sur un cadre ou sur une structure technique et, par conséquent, il n'a pas toujours l'opportunité de renforcer ou de consolider sa base de connaissances, tel que nécessaire, et cela à son tour limite la capacité du MS à renforcer la capacité institutionnelle d'une manière durable. Le plus souvent, l'expertise ponctuelle et à court terme des organismes des Nations Unies et des PE va et vient et le transfert des connaissances reste limité ou confiné dans l'organisme des Nations Unies ou du PE et risque de se perdre avec la rotation du personnel.
- **Recommandations**
 - L'apprentissage institutionnel d'une nouvelle approche doit passer par une période initiale de renforcement des capacités et de mise en place d'un système de ce renforcement des capacités. A cet effet, il est conseillé de créer un système de soutien technique pour la PCMA au sein de la DN. Les périodes initiales d'intégration et d'expansion de la nouvelle approche sanitaire sont des moments d'importance critique pour fixer les normes de soins sur lesquelles reposent les stratégies de renforcement des capacités. Par ailleurs, l'intégration et l'expansion à grande échelle de ces approches demandent un investissement important en ressources humaines et financières.
 - Dans le cadre du soutien technique et financier, il faudrait créer des postes à temps plein au niveau national qui participent au système de soutien technique de la PCMA et qui soutiennent les activités nutritionnelles au niveau local et de district. Le système de soutien à la PCMA pourrait être temporaire et soutenu le cas échéant par un expert hautement qualifié.
 - Le soutien technique pour la PCMA devrait être équilibré et polyvalent. Il est important que tous les volets et toutes les composantes reçoivent le même soutien car si un volet s'affaiblit, il fera chanceler la qualité et l'efficacité de tous les autres volets.

Plaidoyer pour la PCMA

- **Pratiques optimales**
 - Il existe des systèmes comptant les outils et les ressources nécessaires pour un plaidoyer efficace pour la PCMA.
- **Synthèse des résultats**
 - La crise alimentaire de 2005 en Afrique de l'Ouest a poussé les gouvernements sahéliens, la communauté des donateurs et les PE à reconnaître l'urgence prioritaire de la prévention et de la prise en charge de la malnutrition aiguë. La crise a présenté l'occasion de plaider pour un soutien accru aux services de nutrition en général dans un pays. Cela s'est traduit par une augmentation significative des ressources octroyées à la mise en œuvre de la PCMA. La plupart des PE de la nutrition, à savoir l'UNICEF, le PAM et les PE de la santé et de la nutrition ont inclus la PCMA dans leurs plans de travail des années à venir.
 - Exception faite du Burkina Faso, la DN/MS qui est responsable de la coordination, de l'intégration, de l'expansion et de l'AQ de la PCMA n'a pas été renforcée et manque encore des ressources nécessaires.

- Les formations facilitées par l'UNICEF/MS sur la PEC MAS et les orientations et formations en cascade qui ont suivi ont servi d'outils de plaidoyer efficaces pour la PCMA. En effet, une orientation a pu être donnée ainsi aux décideurs, aux responsables de la santé et aux personnels de la santé. Cette orientation et cette formation leur a permis de dispenser les soins nécessaires. L'efficacité de la PCMA a permis aux agents de santé, aux bénéficiaires et aux dirigeants communautaires de devenir de solides défenseurs de la PCMA.
- **Contraintes**
 - L'absence d'un système de plaidoyer institutionnalisé pour la PCMA porte atteinte à la durabilité du financement de la PCMA (voir ci-après « durabilité du financement »). La PCMA est financée actuellement à partir de fonds pour les réponses en cas d'urgence et la plupart de ces programmes ne sont financés que pendant de très brèves périodes de temps.
 - A cause de cette faiblesse au niveau du plaidoyer, les PE en santé et nutrition qui soutiennent les programmes de développement de la nutrition dans le long terme ne sont pas attirés ni encouragés à participer à la PCMA.
- **Recommandations**
 - Le MS, avec le soutien technique d'un expert du plaidoyer, devrait mettre en place un système de plaidoyer formel avec des plans visant à sensibiliser davantage à la PCMA pour obtenir un soutien accru.
 - Les efforts de plaidoyer devraient cibler les hautes sphères du gouvernement, les donateurs et les PE.
 - Les systèmes de plaidoyer devraient produire et diffuser des documents de position, organiser des événements de plaidoyer, mettre à jour les profils de nutrition et préconiser l'octroi de ressources pour le plaidoyer.
 - L'enseignement tiré de l'approche REACH qui a été essayée en Mauritanie pourrait apporter des informations et renforcer la stratégie du plaidoyer.

Directives nationales

- **Pratiques optimales**
 - Des directives nationales pour la PCMA ont été mises au point et elles comprennent un système de S&R. Il existe également des aides de travail se rapportant spécifiquement aux différents niveaux d'utilisation (gestion, prise en charge hospitalière pour la MAS, prise en charge ambulatoire pour la MAS, PEC MAM et extension communautaire).
 - Les directives nationales sont mises à jour à intervalles réguliers pour tenir compte des dernières données probantes et pratiques prometteuses. Ces directives fixent des normes nationales qui sont observées par le MS, les organismes des Nations Unies et les PE. Des exceptions sont faites pour la recherche opérationnelle et scientifique ainsi que pour les études pilotes approuvées par le comité d'éthique et informées par le MS et pour les sites d'apprentissage qui étudient et essaient de nouvelles approches avant de recommander des changements dans la stratégie et dans les directives, dans leur mise en œuvre et/ou expansion à échelle nationale.
 - En fonction des données probantes les plus récentes, des changements intermédiaires portés à certains aspects des directives sont approuvés par le MS et partagés avec les PE. Ces changements, qu'il s'agisse de stratégies efficaces à impact rapide, basées sur ces dernières données probantes, ou encore de l'amélioration de la qualité et de l'efficacité d'une réponse nutritionnelle à une urgence, seront envisagés avant la date fixée du processus de revue des directives.
 - Les directives nationales sont un outil technique important pour fixer les normes et encourager l'observance de ces normes.

- Synthèse des résultats
 - Lors d'une formation initiale, des experts internationaux ont fait part d'un modèle de directives qui a été adopté comme les premières directives nationales de la PCMA sans adaptation spéciale au contexte du pays ou aux systèmes et pratiques prometteuses d'un pays. Ces directives ont été revues par la suite et améliorées mais elles contiennent encore des erreurs et des points faibles, le fait par exemple qu'elles insistent trop sur la prise en charge hospitalière et pas assez sur l'extension communautaire. De plus, le volet S&R est absent ou limité.
 - Seules quelques aides de travail sont disponibles et, de plus, elles ne sont pas toujours standardisées et ne conviennent pas toujours aux conditions d'utilisation aux différents niveaux du système de santé.
 - La DN/MS et les PE ont reconnu les faiblesses techniques et un processus de revue est prévu ou a déjà démarré.
 - Les directives sont généralement le seul document de référence pour la prise en charge, la mise en œuvre et la formation des responsables et des agents de santé portant sur la PCMA.
 - La diffusion des directives nationales et les processus participatifs de révision qui ont suivi, de pair avec la formation des formateurs, ont renforcé la capacité des MS et leur ont permis de renforcer également les capacités des formateurs, des responsables de la santé et des agents de santé en ce qui concerne la planification, une mise en œuvre standardisée et la supervision. Le processus de revue est exécuté par un réseau établi de formateurs et de responsables de la nutrition et de la santé du MS, au niveau national et régional.
- Contraintes
 - Les MS manquent de ressources humaines et financières et ne sont pas en mesure de diriger et de coordonner pleinement les revues des directives. Lorsque les premières directives nationales ont été mises au point, il n'existait qu'une expertise limitée pour la PCMA. Par la suite, divers experts (nationaux et internationaux), avec des opinions différentes sur les meilleures approches à utiliser aux différents niveaux d'expertise, ont participé aux revues ultérieures. Une telle divergence de vues entrave le processus de revue et limite la qualité des résultats de la revue.
 - L'absence d'un système d'expertise technique dans le pays a limité la capacité du MS à traiter de manière exhaustive les aspects techniques du programme.
- Recommandations
 - Le MS, avec le soutien technique et la collaboration d'un groupe de travail technique, devrait diriger le processus de révision des directives nationales, et les changements proposés se fonderont sur une parfaite connaissance de la base de données probantes, une revue de la performance des services nationaux et un examen de l'enseignement tiré dans le pays et à l'échelle internationale. La version revue des directives nationales avec les changements proposés sera présentée et discutée dans un forum national composé d'experts internationaux et devra inclure un partage d'expériences et d'informations ; un processus visant à avaliser, amender ou rejeter les changements proposés ; une diffusion de la nouvelle version des directives et la recommandation d'inclure le dépistage communautaire de la malnutrition aiguë dans les interventions concernant la survie de l'enfant et les autres interventions en santé et nutrition à base communautaire.

Répertoire national de données

- Pratiques optimales
 - Un répertoire national de données sur la PCMA est capital pour comprendre et suivre les tendances de l'incidence et de la prévalence de la malnutrition aiguë, suivre la qualité des

soins, comprendre la charge sur le système de santé, donner un ordre prioritaire aux zones géographiques, gérer et planifier les ressources et renforcer les capacités. L'information sur la PCMA vient étayer le plaidoyer ainsi que la planification et la gestion des ressources pour le renforcement des capacités liées à la PCMA.

- Synthèse des résultats
 - Le système du S&R pour la PEC MAS entre généralement dans un répertoire national de données sur la MAS qui est géré par l'UNICEF. Les auteurs n'ont pas pu déterminer si le répertoire de données comprenait la MAM ou si une entité autre que l'UNICEF/MS gérait un répertoire analogue pour la PEC MAM. La saisie dans le système du S&R incombe aux responsables et agents de santé aux différents niveaux du système de santé mais le plus souvent, l'information parvient par le biais d'un système parallèle dans la base de données gérée par l'UNICEF et dans laquelle cette information est intégrée. L'information récapitulative et cumulée est analysée à intervalles réguliers mais elle n'arrive pas forcément jusqu'aux responsables des niveaux régional et de district ou aux responsables des établissements de santé et elle ne comprend pas systématiquement des résultats sur la performance ou tout autre analyse de la performance.
- Contraintes
 - Certes, il existe un répertoire national de données mais le MS n'y a pas accès directement. Aussi, l'utilisation de l'information est-elle limitée et elle n'est pas disponible à l'échelon inférieur, privant ainsi les parties intéressées de toute possibilité d'apporter un feedback et d'utiliser l'information pour améliorer leurs programmes.
- Recommandations
 - Le MS, avec le soutien technique d'un expert du S&R et des bases de données, devrait gérer et maintenir le répertoire de données, au niveau national et régional. Ce répertoire devrait recevoir des informations exactes et précises d'un système de S&R robuste mais simplifié et partant durable. Les MS au niveau national et régional devraient avoir un accès direct aux informations exactes aux fins de planification, gestion et plaidoyer pour la PCMA et devraient être en mesure de partager les données avec leurs PE et les parties concernées.

Motivation et responsabilisation des agents de santé

- Pratiques optimales
 - Les rôles et les responsabilités pour la PCMA sont compris dans les descriptions de tâches des responsables et des agents de la santé. Les systèmes de supervision et d'évaluation de la performance en tiennent compte. Cela contribue à la motivation et à la responsabilisation du personnel.
- Synthèse des résultats
 - Les activités de la PCMA sont déjà considérées comme faisant partie des services de santé de base mais cela n'est pas reflété dans la description des tâches des responsables de santé et des agents de santé.
 - Les rôles et les responsabilités des différents intervenants de la santé et les activités spécifiques à chaque niveau de soins, y compris dans la communauté, sont décrits dans les directives nationales.
 - La supervision de la PCMA n'est pas intégrée à la supervision des autres activités de santé, à l'exception de quelques districts. Aussi, n'existe-t-il pas de système qui permettrait de tenir

- pour responsable le personnel de santé chargé de la PCMA. Dans de telles circonstances, la responsabilisation varie en fonction de la motivation individuelle.
- Le manque de motivateurs pour les responsables et les agents de la santé est un problème bien reconnu affectant les systèmes nationaux de santé. Face à des donateurs qui veulent voir un impact rapide (les projets d'intervention humanitaire durent généralement entre 6 à 12 mois), les PE contournent le manque de motivateurs et augmentent les salaires du personnel de santé et/ou apportent des incitations aux ASC. Certains agents de santé ont fait ressortir que la satisfaction professionnelle venait des résultats positifs du traitement, de l'accès à la formation qui permet de renforcer ses compétences et d'avoir une plus grande confiance dans sa capacité à prodiguer des soins ainsi que d'un soutien accru de la part des superviseurs. Si ces éléments clés sont en place, ils seront davantage motivés et responsabilisés que par les incitations directes. Par contre, ces éléments ne pourront exister que s'ils sont reconnus institutionnellement, faisant donc partie de la description des tâches et s'ils sont inclus dans des plans de travail annuels comptant une affectation budgétaire.
- **Contraintes**
 - En règle générale, il n'existe pas de système national d'évaluation des fonctions avec des descriptions de tâches définies pour les responsables de la santé et les agents de santé. Cela constitue une barrière à l'amélioration de la qualité des services de soins de santé, y compris pour la PCMA. Les primes salariales et les incitations en nature fournies par les PE sont des mesures qui sont efficaces temporairement mais qui ne peuvent pas être soutenues dans les systèmes nationaux de santé et les demandes et attentes du personnel peuvent détériorer les conditions de travail dans le long terme.
 - **Recommandations**
 - Le MS devrait étudier et introduire un système de motivation basé sur la performance qui ne dépende pas immédiatement du financement supplémentaire.
 - Le MS devrait envisager de formuler ou de mettre à jour les descriptions des tâches avec des rôles et des responsabilités définis pour la PCMA et d'adopter un système d'évaluation de la performance qui vienne renforcer la motivation et la responsabilisation chez le personnel.

Durabilité du financement

- **Pratiques optimales**
 - L'engagement des PE du développement à long terme dans le financement de la PCMA et l'inclusion des activités de la PCMA dans le budget national sont les systèmes les plus durables du financement de la PCMA.
- **Synthèse des résultats**
 - La nutrition prenant une part de plus en plus importante, les allocations budgétaires du budget national ont aussi augmenté pour le traitement de la malnutrition aiguë. Ces crédits restent toutefois insuffisants pour répondre aux besoins et ne couvrent de fait que les salaires du personnel de santé. Grâce à l'intérêt que portent les donateurs aux interventions nutritionnelles d'urgence dans la région, des ressources suffisantes sont disponibles pour la PCMA. Aussi, la PCMA est-elle financée essentiellement par des fonds destinés aux réponses d'urgence et par conséquent, les programmes ne peuvent compter que sur une courte durée de financement, certains avec de nombreuses extensions et d'autres avec interruption et reprise d'autres formes de financement à court terme. Un financement aussi imprévisible signifie les organismes des Nations Unies et les PE doivent consacrer une énorme partie de leur temps aux efforts de mobilisation des recettes, en tenant compte des

- restrictions de financement, en essayant de maintenir le personnel et en préparant constamment de nouvelles propositions au lieu de se consacrer au travail de fond.
 - Les donateurs et les PE de la santé et de la nutrition qui soutiennent les programmes de développement à long terme ne participent pas encore à la PCMA.
 - Les gestionnaires de la santé et les agents de santé ont accueilli avec satisfaction la gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans ainsi que pour les femmes enceintes et allaitantes bien qu'ils pensent par ailleurs que le système de soins de santé risque de s'effondrer en l'absence de compensation financière adéquate pour les services prodigués. En période intermédiaire, les PE financés par les fonds d'urgence offrent des mesures temporaires et qui ne sauraient être maintenues pour couvrir les déficits.
- **Contraintes**
 - La contribution du budget national de la santé à la prise en charge de la malnutrition aiguë et aux autres activités nutritionnelles reste faible et il n'existe pas de plan stratégique montrant comment le budget pourrait être augmenté progressivement pour absorber les coûts pris en charge par les donateurs humanitaires. De plus, les changements progressifs du système de recouvrement des coûts et la gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes risquent d'affecter la mobilisation des revenus au niveau des établissements de santé.
 - **Recommandations**
 - Il faudrait encourager l'engagement des PE de développement à long terme dans le financement de la PCMA ainsi que l'inclusion des activités de PCMA dans le budget national. Il faudrait aussi que les efforts de plaidoyer ciblent ces buts. Il faudrait encore coordonner la transition des sources de financement de l'urgence à celles du développement. Le MS, avec le soutien technique et financier des PE et des donateurs devrait identifier et mettre en place un système de financement durable pour compenser la perte de revenu due à la gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes et allaitantes. .

Traitement gratuit pour les enfants de moins de cinq ans

- **Pratiques optimales**
 - La plupart des enfants de moins de 5 ans avec MAM ou MAS viennent de familles vivant dans le dénuement. Il existe une politique de soins de santé gratuits pour les enfants de moins de 5 ans, y compris ceux souffrant de MAS, et le système de santé national observe cette politique. Le gouvernement se responsabilise et compense les centres de santé (à savoir le personnel de santé) pour le manque à gagner.
- **Synthèse des résultats**
 - Les systèmes de santé nationaux font payer pour les services dans le cadre du modèle à base communautaire (Initiative de Bamako). Les exonérations de paiement pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes allaitantes ont été introduites récemment par les gouvernements et reposent sur un système de remboursement organisé à l'échelle nationale pour les soins de santé. La plupart des organismes de financement et des agents de santé sont en faveur de l'exonération de paiement pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes et allaitantes. De nouvelles politiques et directives ont été émises pour refléter cette exonération de paiement. Par exemple, les directives nationales pour la PCMA suivent cette politique et stipulent le traitement gratuit pour les enfants de moins de 5 ans avec MAS.
 - Les coûts des fournitures de nutrition et les transports sont toujours assumés par des sources de financement externes. L'UNICEF, l'OMS, le PAM et certaines ONG distribuent

- gratuitement les aliments thérapeutiques comme l'aliment thérapeutique prêt à l'emploi [ATPE] aux systèmes de santé nationaux.
- Certains PE dans le cadre de leur stratégie de soutien en cas d'urgence subventionnent le fonctionnement des centres de santé fournissant la PCMA, en payant les médicaments, en faisant don des fournitures et en couvrant partiellement ou entièrement le coût du traitement.
- Les longs retards dans les remboursements sont chose courante (certains établissements de santé n'ont pas encore été remboursés deux ans après avoir présenté la demande), et cela rend le système inutile et démoralise le personnel de santé.
- **Contraintes**
 - A cause de la précarité du système de remboursement dans l'approche de recouvrement des coûts et aux longs et fréquents délais dans le remboursement, les établissements de santé ont bien du mal à recouvrer les recettes perdues. De plus, l'introduction de la PCMA s'accompagne généralement d'une augmentation de la fréquentation des établissements de santé, surtout par les enfants de moins de 5 ans, ce qui alourdit encore davantage le système de recouvrement des coûts.
- **Recommandations**
 - Alors que les gouvernements s'éloignent progressivement de l'approche des services payants, le MS et les bailleurs de fonds devraient envisager d'autres approches pour compenser la perte de revenus dans l'établissement de santé afin de pouvoir observer la politique des services gratuits pour les enfants de moins de 5 ans avec MAS ou MAM. Le MS et les PE devraient aider les établissements de santé à présenter des justifications pour un prompt recouvrement des coûts et renforcer le processus de remboursement.

COMPETENCES POUR LA PCMA

Sites d'apprentissage

- **Pratiques optimales**
 - Les sites d'apprentissage qui couvrent toutes les composantes de la PCMA sont mis en place lors de l'introduction et de l'intégration de la PCMA. Ces sites reçoivent un soutien technique et un encadrement important pour devenir ensuite des sites avec expertise et soins de qualité. Ces sites offrent une formation aux visiteurs, acceptent des stagiaires et comptent des formateurs. L'expertise en matière de PCMA englobe les connaissances nationales et mondiales sur les meilleures pratiques ainsi que les compétences et encadrement pour la PCMA.
 - Les sites existants avec des composantes liées à la PCMA qui fournissent des soins de qualité sont retenus et utilisés comme sites d'apprentissage.
 - En fonction de la durabilité du soutien technique et financier et en faisant appel aux établissements d'enseignement formel, les sites d'apprentissage deviennent des centres de formation avancée se dotant de fonctions de recherche.
- **Synthèse des résultats**
 - La méthode de formation en cascade qui a été retenue par le MS favorisant l'expansion rapide de la PEC MAS n'a pas abouti à l'établissement de sites d'apprentissage formels. De plus, le plan de formation de base ne comprend pas le développement d'une expertise nationale durable et aucune stratégie du renforcement des capacités n'a été planifiée ni budgétisée à cet effet. Les possibilités existantes de formation n'ont pas été suffisamment étudiées. Aussi, le MS continue-t-il de dépendre des organismes des Nations Unies et des PE qui importent constamment une expertise internationale sur du court terme. On reconnaît

pourtant la nécessité et l'importance de tels sites d'apprentissage et certains sites qui dispensent des soins de qualité commencent à fonctionner comme des sites d'apprentissage. Par exemple, au Burkina Faso, il existe un site d'apprentissage au niveau du district et au Mali, il est prévu de mettre en place un site d'apprentissage formel. Au Niger, un site existant offre des possibilités de stage.

- **Contraintes**
 - Il n'existe que peu de sites d'apprentissage établis et une expertise limitée en matière de gestion et de mise en œuvre de la PCMA au niveau national. Cela a retardé l'apprentissage et a ralenti la mise en œuvre de la PCMA. Cela signifie également que le soutien technique et la formation liés à divers aspects de la PCMA dépendent en grande partie des experts internationaux.
- **Recommandations**
 - Le MS, avec le soutien technique des experts, devrait identifier les sites de la PCMA avec des soins de bonne qualité pour une partie ou l'intégralité des composantes de la gestion et de la mise en œuvre. Dans le cadre du plan de renforcement des capacités liées à la PCMA, ces sites d'apprentissage formel devraient devenir des centres de formation avancée et être liés aux établissements d'enseignement, ils devraient offrir la possibilité de visites d'apprentissage et des stages pour institutionnaliser la formation.

Formation continue (en cours d'emploi)

- **Pratiques optimales**
 - Le MS dispose d'une équipe d'experts en formation liée à la PCMA, qui dispense la formation et l'encadrement.
 - Des modules de formation standardisés et bien développés pour les formateurs et les étudiants sont disponibles. Ces modules et guides de formateur portent sur la formation théorique et pratique et ils sont adaptés aux différents niveaux d'utilisation.
 - Les sites d'apprentissage (centres de formation avancée) pour les stages avec des formateurs et moniteurs experts sont disponibles et sont utilisés pour la formation continue.
 - Il existe une stratégie pour le renforcement des capacités en cours d'emploi. Elle fait appel aux établissements d'enseignement.
- **Synthèse des résultats**
 - La PEC MAS est introduite au niveau national dans le cadre d'une formation de 6 jours dispensée par une équipe d'experts internationaux, de médecins chefs, de gestionnaires cadres de la santé et de chercheurs. Les objectifs de cette formation couvrent le renforcement des connaissances sur la physiopathologie de la MAS et la prise en charge des cas cliniques mais elle ne couvre ni les compétences en gestion ni les aptitudes à la formation. De plus, les objectifs d'apprentissage concernant les soins ambulatoires, l'extension communautaire et le S&R se limitent à une orientation superficielle. Le même type de formation est répété ensuite par les personnes qui viennent d'être formées dans le cadre de la formation en cascade. Une méthode analogue existe pour les recyclages.
 - Il n'existe pas de matériel pédagogique standardisé à l'exception des directives nationales, de quelques aides de travail et d'un ensemble de diapositives qui sont utilisées de diverses manières et qui ne sont pas adaptées aux formations des différents niveaux de professions médicales. Les formations sont axées sur la transmission des connaissances sans renforcement des compétences. Et les personnes formées ne reçoivent pas de formation pédagogique pour devenir des formateurs.
 - Malgré les inconvénients de ces formations en cascade, un nombre impressionnant de gestionnaires de la santé sont devenus des formateurs en un temps très court, différents

- niveaux d'agents de santé ont reçu une formation et une bonne couverture géographique a été réalisée. Les formations en cascade ont permis une expansion rapide de la PCMA mais elles n'ont pas pour autant garanti des soins de qualité.
- Si la formation continue est planifiée, l'encadrement en cours d'emploi en revanche ne fait pas partie d'une stratégie conceptualisée pour le renforcement des capacités et cette formation n'est pas non plus standardisée. Elle est davantage conçue comme une supervision formative. La supervision se concentre sur les rapports et la gestion des fournitures et elle couvre rarement l'encadrement à propos de la qualité des soins ou de la résolution des problèmes. Les ONG collaborent avec le MS pour fournir une supervision dans leur domaine d'impact et l'aspect de l'encadrement dépend des compétences des superviseurs. L'encadrement temporaire est organisé par le gouvernement du Burkina Faso dans quelques districts pilotes.
 - Au Niger, une ONG organise des stages sur son site de soins hospitaliers qui fonctionne comme un centre d'excellence.
 - Les initiatives susmentionnées ne font pas partie d'un plan défini de formation pour les moniteurs et elle n'est pas non plus reliée aux programmes des établissements d'enseignement. Il sera donc difficile de la maintenir dans le temps.
 - Outre les outils de formation de faible qualité et le manque d'encadrement ou de supervision formative ou une supervision trop limitée, d'autres facteurs entrent en jeu qui entravent l'efficacité de la formation comme : le fait de mélanger les personnes provenant de diverses disciplines, l'insuffisance des visites de supervision, les compétences inadéquates d'animation des formateurs et la tendance pour les agents de santé de prendre la formation simplement comme une manière d'augmenter leurs revenus.
- **Contraintes**
 - La formation en cascade utilise les personnes qui viennent d'être formées pour qu'elles deviennent à leur tour des formateurs et au vu de cela, les personnes formées s'éloignent de plus en plus de la formation initiale et cela tend à diluer les connaissances et les compétences de la formation. Aucune formation portant sur les méthodes d'enseignement aux adultes n'est donnée et il n'existe pas de matériel pédagogique standardisé. Aucune évaluation de l'impact n'est faite alors que le système est copié dans de nombreux pays et qu'il tend à devenir la norme.
 - E tant donné qu'il n'existe pratiquement aucune formation de base portant sur la prise en charge de la malnutrition aiguë, l'apprentissage en la matière dépend donc entièrement d'une formation continue onéreuse et la rotation élevée du personnel de santé limite encore plus l'efficacité de la formation en cours d'emploi dans ce contexte.
 - **Recommandations**
 - Le MS, avec le soutien technique des experts de la formation, devrait renforcer les compétences et les capacités de ses formateurs et produire du matériel pédagogique standardisé et bien développé couvrant les aspects théoriques et pratiques et l'adapter aux différents niveaux d'utilisation (voir ci-après « Qualité de la PCMA », « Outils standardisé »).
 - Le MS devrait formuler une stratégie d'apprentissage qui entre dans une stratégie plus générale du renforcement des capacités, en lien avec les établissements d'enseignement et en utilisant les différentes opportunités et les méthodes novatrices comme les ateliers, les réunions de discussion participative, les approches AQ, les systèmes de résolution des problèmes, etc.

Formation de base

- Pratiques optimales
 - La PCMA est incluse dans le programme de formation de base de tous les professions de la santé et elle élargit ainsi la base de connaissance du personnel à la fin de leurs études. Cela permettra de réduire la formation continue qui revient bien plus cher.
 - Les établissements d'enseignement ont l'occasion de gagner en expertise et d'assumer leur rôle de leader de la formation avancée.
- Synthèse des résultats
 - La nutrition en général n'est pas bien couverte dans le programme de formation des professions de la santé et la couverture de la prise en charge de la malnutrition aiguë n'existe pratiquement pas. Par ailleurs, le processus d'intégration a commencé et des groupes techniques ont été mis sur pied pour formuler un plan de formation. De plus, certaines écoles d'infirmiers/sages-femmes incluent à présent la nutrition ainsi que la malnutrition aiguë dans le programme. Par exemple, au Niger, les nutritionnistes qui ont obtenu leur diplôme récemment ont suivi un module de 60 heures sur la prise en charge de la malnutrition aiguë. Au Mali, un module de 6 heures est inclus dans la formation pratique des districts ruraux et certaines écoles envoient leurs étudiants faire des stages dans des établissements dispensant des soins ambulatoires pour la PCMA et une ONG a réservé tout spécialement un financement des donateurs pour organiser un stage en soins hospitaliers pour 15 nouveaux diplômés, des médecins au chômage qui ont tous été recrutés immédiatement après le stage.
- Contraintes
 - La participation limitée des établissements d'enseignement à l'intégration et à l'expansion de la PCMA et le faible niveau d'expertise qu'ils ont donc pu développer signifie qu'ils ne sont pas vraiment en mesure de pouvoir renforcer leurs propres capacités et de prendre les rênes.
- Recommandations
 - Les établissements d'enseignement, en étroite collaboration avec le MS et avec le soutien technique des experts, devrait participer de près à tous les aspects de l'intégration, de l'expansion et de l'AQ de la PCMA. Un groupe de travail technique avec les divers PE devrait formuler un plan de formation pour les différents niveaux d'études des professionnels de la santé en s'inspirant des leçons retenues par d'autres pays en la matière.
 - La formation de base pour la PCMA devrait être en lien avec les sites d'apprentissage, lesquels avec le soutien des établissements d'enseignement, pourraient ainsi devenir des centres de formation avancée ou des centres d'excellence, offrant des visites d'apprentissage et des stages avec des moniteurs qualifiés.
 - Les établissements d'enseignement seront reliés au système national de documentation et de partage d'information pour la PCMA.

Documentation, partage d'information et recherche opérationnelle

- Pratiques optimales
 - Documentation et partage de données probantes, meilleures pratiques et pratiques prometteuses, évaluations de la performance et leçons retenues sont autant de pratiques partagées entre les professionnels de la santé. Et ce partage est facilité par un système

- formel de documentation et d'information. Ce système est non seulement un répertoire ou un inventaire mais il est aussi utilisé pour le renforcement des capacités et la prise de décisions.
- Une recherche opérationnelle est encouragée dans le pays pour un apprentissage adapté au contexte.
 - Synthèse des résultats
 - La documentation reste spécifique aux organismes et confinée au sein de chacun de ces organismes. Même les systèmes formels de partage d'information n'ont que quelques initiatives limitées, comme le REACH, le système national d'information sanitaire (SNIS) et l'UNICEF. Certaines expériences novatrices auraient pu être une excellente source d'information mais elles n'ont pas été bien documentées ni bien partagées. Les exemples sont l'efficacité du traitement des enfants avec MAS sans antibiotiques et les agents de santé communautaire faisant un tri des enfants avec MAS avec complications médicales au niveau communautaire et de l'établissement de santé.
 - Le partage de la documentation sur les programmes de la PCMA, les rapports de réunion et les expériences novatrices se fait de manière ad hoc et n'est pas formalisé. Les PE portent un grand intérêt à la recherche opérationnelle et une partie de cette recherche en cours porte sur des questions non résolues concernant la PCMA. Les exemples en sont les suivants : la fiabilité des différents critères d'admission et de sortie/fin de traitement, l'efficacité des différentes formules de l'aliment supplémentaire, l'efficacité des différentes approches préventives et la décentralisation de la PCMA en utilisant les ASC pour les soins ambulatoires. Alors qu'on sait pourtant que certaines organisations ont fait d'excellentes recherches contribuant à renforcer les bases de données internationales, le partage national n'est pas vraiment formalisé. Les MS se plaignent de ne pas être tenus au courant et de ne pas avoir accès à ces recherches et de n'en avoir connaissance que par les publications et les forums.
 - Contraintes
 - Certaines possibilités d'apprentissage quant aux innovations intéressantes sont perdues à cause du manque de documentation, de l'absence de partage d'information et de la culture ambiante voulant que l'information reste confinée au sein d'un organisme donné.
 - Recommandations
 - Le MS, les organismes des Nations Unies, les ONG et les établissements de formation devraient contribuer à la documentation des expériences et au partage de l'information et participer au partage de cette information.
 - Le MS avec le soutien d'un organisme leader ou d'un groupe de travail technique devrait mettre en place un système national de documentation interactive et/ou un forum adapté aux besoins et le relier aux systèmes et forums internationaux de la PCMA.
 - La recherche opérationnelle doit être encouragée, en faisant participer les instituts de recherche dans le pays pour qu'aucune occasion d'apprendre ne soit perdue.

ACCES AUX SERVICES DE LA PCMA

Mise en œuvre initiale, intégration et expansion

- Pratiques optimales
 - Pour faciliter l'introduction et l'intégration de la PCMA et pour préparer l'expansion progressive, il faudra établir des sites d'apprentissage dans un nombre limité de sites et inclure les sites avec des soins hospitaliers et des soins ambulatoires pour la PCMA, la prise en charge de la MAM (PEC MAM) et l'extension communautaire.

- Les sites d'apprentissage reçoivent un soutien technique de la part d'experts et dispensent des soins de qualité et un apprentissage spécifique au pays. Les gestionnaires de la santé et les agents de santé ont l'occasion de consolider leurs compétences et leurs connaissances sur ces sites : ils utilisent les protocoles, adaptent les bonnes pratiques au contexte, apprennent les leçons pour le changement ou l'amélioration de la stratégie et renforcent leur expertise. Dans le cadre de l'étape suivante, les agents de santé des nouveaux sites de mise en œuvre utilisent les sites d'apprentissage établis pour les visites d'apprentissage et les stages.
- L'expansion autour des sites d'apprentissage s'étend progressivement au niveau district et régional, en fonction d'un plan d'expansion qui accorde la priorité selon les critères fixés (établissements de santé ou districts qui sont prioritaires en fonction du nombre élevé de cas de MAS, possibilité d'AQ, accès facile et bonne qualité des soins avec de bonnes occasions d'apprentissage).
- Synthèse des résultats
 - Les services de récupération nutritionnelle avec divers objectifs, protocoles et niveaux de qualité existaient avant l'introduction de la PCMA. Peu d'entre eux utilisant le protocole de 1999 de l'OMS pour la prise en charge hospitalière de la MAS. L'introduction progressive de la PCMA lors de ces dix dernières années et les formations initiales qui ont démarré en 2005 ont renforcé la capacité de ces services. Par ailleurs, ces services n'ont pas obtenu le soutien supplémentaire dont ils avaient besoin pour devenir des sites d'apprentissage. Par conséquent, la création de sites d'apprentissage n'a pas été incluse dans la stratégie d'intégration et d'expansion de la PCMA dans les services de santé de routine. Les sites existants de la PCMA qui avaient commencé à mettre en œuvre l'approche de la PCMA avec l'aide des ONG et qui avaient accumulé une expertise avant l'adoption de l'approche de la PCMA par le MS n'ont pas été utilisés comme sites d'apprentissage.
 - Et pourtant, par ailleurs, on reconnaît de plus en plus la nécessité de disposer de sites d'apprentissage et de centres de formation avancée. Le Burkina Faso est en train d'essayer l'approche d'expansion progressive dans un nombre limité de districts. Le Mali a l'intention d'ouvrir cinq centres de formation avancée et le Niger a commencé à utiliser pour la formation un site soutenu par une ONG.
 - La manière traditionnelle dont les PE soutiennent la prise en charge de la MAS et de la MAM est de mettre en place des programmes parallèles et de leur confier les responsabilités une fois que cesse le programme ou à la fin de l'urgence. Un grand nombre des PE cherchent à fournir actuellement une approche intégrée. Au lieu de mettre en place un programme temporaire parallèle pour sauver les vies, et avoir un impact rapide, ils renforcent les capacités techniques, financières et gestionnaires du système de santé existant. Les donateurs humanitaires se préoccupent du fait que ce processus n'apporte pas de résultat rapide mais l'approche intégrée contribue au renforcement des capacités nationales, encourage la pérennisation et aide à limiter le risque de catastrophe car les pays sont mieux préparés à répondre rapidement aux futures crises.
- Contraintes
 - Une mauvaise qualité de la mise en œuvre au départ affecte les connaissances, le renforcement des compétences et partant la confiance des gestionnaires de la santé, des agents de santé et des communautés engagées dans la PCMA. Un départ sur des bases aussi faibles rend la PCMA moins acceptable pour les parties concernées. Partant, l'utilisation des services de la PCMA n'aura pas l'impact positif prévu. Il est difficile de lutter contre un tel sentiment et cela demande un effort spécial pour arriver à montrer la réussite.
- Recommandations
 - Alors même que l'intégration de la PCMA dans les services de santé de routine progresse bien, le MS devrait identifier des sites dispensant des soins de qualité dans des endroits

stratégiques (c'est-à-dire accessibles et proches si possible d'un établissement d'enseignement). Le MS, les organismes des Nations Unies et les établissements d'enseignement devraient soutenir ces sites d'apprentissage pour qu'ils maintiennent une bonne qualité (une bonne performance, une bonne couverture et de bonnes possibilités d'encadrement et d'apprentissage).

Extension communautaire

- Pratiques optimales
 - L'extension communautaire pour la mobilisation communautaire, le dépistage précoce et la référence pour le traitement en utilisant un vaste réseau d'agents d'extension communautaire formés (ASC, autres agents d'extension, volontaires) est capitale pour la réussite de la PCMA et elle est comprise dans l'intégration, l'expansion et la stratégie AQ. La stratégie d'extension communautaire est développée sur la base de l'évaluation, y compris l'identification des barrières à l'accès et à l'utilisation des services et elle renforce les initiatives communautaires, responsabilise les communautés et permet d'étendre la couverture.
- Synthèse des résultats
 - Les systèmes nationaux de santé reconnaissent l'importance de la composante d'extension communautaire pour mettre en œuvre des interventions de santé qui sont déjà utilisées pour les initiatives de survie de l'enfant (semaines de la santé de l'enfant, vaccinations de routine). Mais aucune stratégie sur l'éventuelle intégration de la PCMA au système existant d'extension communautaire n'a été mise au point. L'intégration occasionnelle du dépistage dans les campagnes a permis de dépister un grand nombre d'enfants souffrant de MAS et qui n'étaient pas encore inscrits dans un programme de traitement.
 - Les systèmes les plus solides d'extension communautaire sont ceux des PE dans le domaine de la nutrition. Les systèmes en place reposent sur une bonne expérience et sont bien intégrés et durables. Il est à regretter qu'il n'existe aucune documentation sur l'efficacité et les défis de telles expériences. Un grand nombre d'organisations traitant la malnutrition aiguë luttent pour arriver à une couverture acceptable et maintenir une recherche de cas active et régulière.
 - Une faible extension communautaire pour la PCMA est la cause de la présentation tardive des cas nécessitant un traitement, de traitements qui ne réussissent pas comme il faudrait ainsi que d'une faible couverture.
 - Le rôle de l'ASC dans l'extension communautaire n'est pas encore bien défini et varie, couvrant la mobilisation communautaire ad hoc ou encore la recherche active de cas dans la communauté ou la recherche passive de cas au moment de la présentation au poste de santé. De même, la participation des services sociaux et de ceux de communication en santé, au niveau district pour la PCMA, avec un point focal, n'est pas encore bien définie et le rôle possible des points focaux n'est pas encore bien exploré.
 - L'extension communautaire pour la PCMA dépend des ASC ou des volontaires communautaires qui ont été choisis par la communauté ou les structures communautaires existantes. Les avantages possibles de l'utilisation de telles structures, c'est qu'elles atténuent les faiblesses du système des ASC du MS.
 - De plus, le système de santé informel est largement ignoré malgré le fait qu'on reconnaît que les guérisseurs traditionnels sont les premiers à soigner les enfants souffrant de malnutrition.
 - Des expériences sont en cours avec différentes approches qui peuvent améliorer l'extension communautaire :
 1. L'utilisation des ASC participant aux activités d'extension communautaire comme les activités de suivi de la croissance et de vaccination
 2. La création d'un réseau séparé d'agents d'extension pour la PCMA, comportant le risque de créer une composante verticale. Il est possible à ce niveau d'engager les groupes à

base communautaire, comme les groupes de femmes, les groupes de grand-mères et les COGES.

3. Un dépistage régulier en porte à porte comme activité indépendante ou activité réalisée pendant d'autres campagnes de santé, comme les semaines de santé infantile.
 4. Dépendance du niveau le plus faible du système de santé (ASC) pour réaliser des activités d'extension, de mobilisation communautaire, de recherche de cas de MAS et de MAM et de suivi des cas à problèmes dans la communauté.
 5. L'étude de différentes stratégies d'incitations et de motivation pour les ASC, par exemple une compensation mensuelle fixe, une incitation financière basée sur la performance, le soutien communautaire pour le jardin de l'ASC, des avantages comme l'accès facile aux soins de santé pour la famille de l'ASC.
- Contraintes
 - La composante d'extension communautaire de la PCMA dépend fortement des agents d'extension communautaire dont la motivation tend à diminuer avec le temps.
 - Les PE répondent généralement à cette contrainte en fournissant des incitations temporaires qui ne pourront pas être maintenues dans le temps par le système.
 - Recommandations
 - Le MSP et les PE devraient documenter les différentes approches d'extension communautaire qui sont utilisées et retenir l'approche la plus prometteuse, en tenant compte des différents contextes des initiatives à base communautaire existantes. Le MSP, avec le soutien technique d'experts et en collaboration avec les PE, devrait se donner une stratégie basée sur une évaluation qui dépiste les barrières existantes entravant l'accès et l'utilisation des services et il devrait mettre en place un système d'extension communautaire pour la PCMA. Le MSP, avec le soutien technique des experts, devrait améliorer continuellement la qualité de l'extension communautaire.

Prise en charge de la MAM

- Pratiques optimales
 - La PEC MAM est une composante de la PCMA qui est en lien avec la PEC MAS. Un enfant souffrant de MAS et dont l'état s'améliore sera référé vers la PEC MAM pour recevoir un soutien continu. Un enfant souffrant de MAM est dont l'état s'aggrave sera référé vers la PEC MAS pour recevoir le traitement dont il a besoin.
- Synthèse des résultats
 - La PEC MAS est intégrée aux services de santé de routine. La PEC MAM est dispensée tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du système de santé, selon le soutien dont elle bénéficie. Dans ce dernier cas, la PEC MAM est séparée de la PEC MAS et dans le premier cas, la PEC MAM et la PEC MAS sont reliées au sein de la même entité (organisme des Nations Unies ou ONG). Les systèmes de santé nationaux n'ont pas la capacité nécessaire pour intégrer la PEC MAM comme un service de santé de routine.
 - Depuis plus de dix ans dans la région, la PEC MAM est organisée comme une intervention d'urgence temporaire lors de périodes d'insécurité alimentaire et/ou de taux élevés de prévalence de la MAG. Le plus souvent, la PEC MAM est retenue en priorité dans les régions connaissant une forte insécurité alimentaire et la PEC MAS est retenue dans les régions avec des taux élevés de prévalence de la MAG. Ces régions généralement ne se recoupent pas, sauf dans les périodes de vulnérabilité accrue ou de crise. Cela retarde souvent l'expansion de la PEC MAM dans les régions avec des taux élevés de prévalence de la MAG à moins qu'il n'existe un soutien de la part des PE. De plus, lors des urgences et pendant les périodes de soudure, une alimentation supplémentaire de couverture est organisée comme

- mesure préventive pour les enfants de 6 à 24 mois si les ressources sont disponibles et cela tend à remplacer le besoin d'étendre la PEC MAM à plus grande échelle.
- La PEC MAM reçoit le soutien du PAM dans les zones où l'insécurité alimentaire est élevée et/ou de l'UNICEF dans les zones avec MAG élevée. Ce soutien est organisé par le biais du MS, des ONG et/ou des OBC. En Mauritanie, une entité autre que le MS est responsable de la PEC MAM exigeant ainsi une plus grande coordination et compliquant la prise de décisions, d'où un clivage encore plus prononcé entre la PEC MAM et la PEC MAS.
 - Depuis la transition aux normes de croissance de l'enfant de l'OMS en 2006, les enfants identifiés auparavant avec MAM et qui sont le plus exposés au risque de décès, à savoir les cas de MAM les plus graves et les plus vulnérables, sont classés à présent comme des cas de MAS et ils ont donc accès plus rapidement au traitement. Cela a justifié une réponse d'urgence qui ne donne pas la priorité à la PEC MAM mais plutôt aux interventions préventives de la malnutrition qui ciblent les enfants de 6 à 24 mois ou de 6 à 36 mois avec une alimentation universelle visant à compléter la PEC MAS. L'alimentation généralisée est liée aux interventions de santé et de nutrition (supplémentation en vitamine A, traitement vermifuge, distribution de moustiquaires, vaccinations intensifiées et dépistage communautaire pour une recherche active de cas de malnutrition aiguë et référence vers le traitement).
 - Il existe des barrières considérables à l'accès à la PEC MAM et cela explique la présentation tardive de l'enfant au traitement, l'abandon rapide du traitement et l'accroissement du risque des effets indésirables (rechute, détérioration de l'état vers la MAS ou décès). Vu le manque de connaissances et les autres barrières à l'accès et à l'utilisation des services (voir « qualité de la PCMA », « couverture et barrières à l'accès et à l'utilisation de services » ci-après), les communautés et les personnes qui s'occupent des enfants ne considèrent pas la MAM comme un risque pour la santé et tardent à présenter l'enfant au traitement.
- Contraintes
 - Des données provenant du monde entier montrent que la MAM est responsable d'une proportion élevée de décès associés à la malnutrition aiguë. Aussi, dans des endroits où les normes de l'OMS n'ont pas encore été appliquées, une proportion importante d'enfants avec MAM vont mourir avant d'arriver au niveau de la MAS à cause de leur grande vulnérabilité à l'infection et au risque accru de décès imputable aux infections courantes. Dans les endroits où la transition s'est faite aux normes de l'OMS, et où la PEC MAM est intégrée au niveau le plus bas du système de santé, le nombre très élevé et toujours croissant de cas de MAM représente une lourde charge pour un système de santé faible qui ne dispose pas des ressources humaines et financières nécessaires.
 - Recommandations
 - Les MS, les organismes des Nations Unies, les instituts de recherche, les PE et les bailleurs de fonds devraient contribuer au renforcement des données montrant l'efficacité de la prise en charge des cas, des modèles de traitement de masse et des mesures préventives de la MAM lors des périodes de soudure menant à l'insécurité alimentaire. Les examens systématiques et la recherche opérationnelle montrent l'efficacité des différentes modalités de traitement, des divers suppléments alimentaires. L'approche préventive devrait faire partie des directives et stratégies nationales de la PEC MAM, conformément au profil épidémiologique de la malnutrition aiguë. La PEC MAM devrait continuer à être une priorité tant que les données montrent qu'une intervention préventive est plus efficace par rapport aux coûts que l'approche curative, tant pendant les périodes de soudure que lors des situations de choc de sécurité alimentaire.

Prise en charge de la MAS dans les soins ambulatoires

- Pratiques optimales
 - La PEC ambulatoire est décentralisée pour la MAS chez les enfants de 6 à 59 mois sans complications médicales.
 - Le dépistage et l'accès au traitement pour chaque enfant en contact avec le système de santé.
 - La PEC MAS est intégrée aux services de santé de routine (ensemble de base des services de santé).
 - Les enfants avec MAS et complications médicales et dont l'état s'aggrave sont référés vers la PEC hospitalière et reviennent une fois que leur état est stabilisé.
 - Les enfants avec MAS dont l'état s'aggrave ou dont l'état ne s'améliore pas ou encore qui sont absents/abandons sont suivis dans la communauté et/ou référés en fonction d'un protocole d'action.
- Synthèse des résultats
 - Une décentralisation efficace et l'expansion des sites de la PEC ambulatoire et, dans certains endroits, des postes de santé ont permis d'élargir très nettement l'accès à la PEC MAS. Les établissements de santé ont été équipés des capacités pour dispenser la PEC MAS : les agents de santé ont été formés et ils ont reçu des aides de travail et des fournitures. Cela a permis à un pays comme le Niger de recevoir jusqu'à 12 000 nouveaux cas de MAS par semaine pendant la crise alimentaire de 2010. Par ailleurs, la PEC MAS n'est pas encore incluse dans l'enveloppe de base des services de santé.
 - L'accès reste difficile dans les régions où la population est dispersée ou mobile. De plus, la faiblesse du volet d'extension communautaire limite l'impact des soins ambulatoires décentralisés à cause de la présentation tardive des cas qui explique le taux de mortalité plus élevé que les 2% que connaissent généralement les programmes de PCMA de qualité.
 - La couverture géographique limitée des établissements de santé dans les régions reculées encourage une PCMA plus décentralisée utilisant le niveau le plus bas du système de santé pour les soins ambulatoires (postes de santé aux mains d'ASC ou d'infirmiers comme c'est le cas au Niger). Les avantages possibles de cette approche sont de rapprocher les services de l'utilisateur et de diminuer le coût d'opportunité pour la mère ou autre personne qui s'occupe de l'enfant et partant d'améliorer la couverture et de réduire le nombre des abandons. Dans l'approche décentralisée, les ASC sont utilisés pour suivre les enfants avec MAS lors des visites de suivi et ne réfèrent aux infirmiers que les enfants avec des problèmes médicaux. L'avantage de cette approche, c'est qu'elle diminue la charge de travail des infirmiers et raccourcit le temps d'attente des mères et accompagnants de l'enfant. Cette approche pourrait diminuer les taux d'abandon et les taux de mortalité.
- Contraintes
 - La pénurie de ressources humaines, le taux de rotation élevé et les grandes zones avec des populations dispersées et mobiles sont les principales contraintes pour atteindre une bonne couverture de soins ambulatoires, tant géographique que de traitement.
- Recommandations
 - Pour pérenniser la PEC ambulatoire, le MS devrait inclure formellement la PEC MAS dans l'enveloppe de base des services de santé et lui affecter les crédits budgétaires nécessaires.
 - Le MS avec le soutien technique des experts devrait améliorer continuellement la qualité des soins ambulatoires.
 - Le MS avec le soutien technique des experts devrait renforcer l'extension communautaire et les soins hospitaliers pour rendre la PEC ambulatoire plus efficace.

- Le MS avec le soutien financier des donateurs et des PE devrait renforcer les ressources humaines pour les services de santé qui connaissent une pénurie de personnel.

Prise en charge de la MAS dans les soins hospitaliers

- Pratiques optimales
 - Une PEC hospitalière centralisée mais accessible pour la MAS chez les enfants de 6 à 59 mois souffrant de complications médicales et pour les nourrissons de moins de 6 mois avec malnutrition aiguë est dispensée dans les établissements offrant des soins 24 heures sur 24 et qui disposent d'un personnel qualifié. Les enfants de 6 à 59 mois avec MAS, après stabilisation dans les soins hospitaliers continuent le traitement dans les soins ambulatoires.
 - Les mères et autres accompagnants de l'enfant hospitalisé reçoivent de la nourriture et on leur propose également l'équipement pour préparer la nourriture.
- Synthèse des résultats
 - L'intégration de la PEC MAS dans les soins hospitaliers progresse plus lentement que son intégration dans les soins ambulatoires à cause des ressources humaines, financières et matérielles nécessaires pour la formation, l'équipement et les fournitures des sites de la PEC hospitalière et du nombre limité d'hôpitaux où elle peut être intégrée. Par conséquent, les enfants dont l'état est critique sont encore référés vers des sites de PEC hospitalière qui sont souvent situés à plus de 100 km de leurs villages. Une telle situation fait que souvent les mères refusent de laisser hospitalier des enfants avec MAS et complications médicales ou des nourrissons de moins de 6 mois qui ne peuvent pas être traités dans le cadre de la PEC ambulatoire. Un tel refus augmente le risque de décès de l'enfant. Les ONG ont cherché par à minimiser le taux de refus en offrant des moyens de transport, en offrant la nourriture aux accompagnants pendant l'hospitalisation et/ou en donnant des incitations financières. Des taux relativement faibles de mortalité ont été signalés dans la PEC hospitalière, et cela est probablement dû à la sous-notification (sous-notification des décès pendant les 24 premières heures ou dans les soins intensifs et des décès au cours de la référence).
- Contraintes
 - La PEC hospitalière traite les besoins de ceux qui courent le plus grand risque de décès et sa performance a donc beaucoup d'impact sur la confiance de la communauté dans la PCMA. Il en ressort que la qualité des soins hospitaliers influence l'utilisation générale de la PCMA et l'observance du traitement.
- Recommandations
 - Pour pérenniser la PEC hospitalière, le MS devrait inclure formellement la PEC MAS dans l'enveloppe de base des services de santé et lui octroyer des crédits budgétaires.
 - Le MS, avec le soutien technique des experts, devrait continuellement améliorer la qualité des soins hospitaliers.
 - Le MS, avec le soutien technique des experts, devrait renforcer l'extension communautaire et les soins hospitaliers pour rendre la PEC hospitalière plus efficace.
 - Le MS devrait planifier un système durable pour donner de la nourriture aux accompagnants des enfants avec MAS dans le cadre de la PEC MAS hospitalière.

Référence entre les différentes composantes de la PCMA

- Pratiques optimales

- Il existe des systèmes de référence et de contre-référence entre le dépistage communautaire et les sites de la PEC MAS et de la PEC MAM, entre la PEC hospitalière et la PEC ambulatoire et vice versa. Le système de référence permet aux enfants de recevoir des soins adéquats et à temps, de plus leur mouvement entre les services est suivi.
- Synthèse des résultats
 - Les directives nationales apportent des indications sur le soutien à apporter aux systèmes de référence et au suivi des références. Excepté dans les cas où la même ONG apporte un soutien à plusieurs composantes de la PCMA, les systèmes de référence et de contre référence ne sont pas solidement établis et il est difficile d'évaluer leur efficacité. Il est évident qu'une proportion élevée de cas est perdue dans les références entre les différentes composantes. Les défis à relever se situent au niveau de la précarité du système de référence et de contre référence entre les différents niveaux du système de santé, des difficultés que rencontrent les mères ou autres personnes qui s'occupent de l'enfant pour payer les moyens de transport, des lacunes du système de suivi et de la faiblesse de la composante de l'extension communautaire qui n'arrive pas à suivre suffisamment les cas perdus dans la communauté.
 - Il est intéressant de souligner qu'il existe des initiatives encourageantes montrant qu'il est possible d'améliorer le système de référence. Par exemple, dans certains districts au Niger, les communautés ont pris la responsabilité du système de transport et elles payent pour la référence, elles assurent ainsi le suivi de la référence et de la contre référence.
- Contraintes
 - En l'absence d'un solide système de référence/contre référence et de suivi, il est difficile d'évaluer les résultats des références et impossible de confirmer si les enfants qui ont été référés ont bien reçu les soins adéquats. On suppose que de nombreux enfants sont perdus pendant la référence entre les différentes composantes.
- Recommandations
 - Le MS, en collaboration avec les équipes de gestion sanitaire de district, les PE et les communautés, devrait identifier et mettre en place des mesures faisables et durables pour établir un système efficace de référence pour la PCMA qui soit compatible avec les systèmes existants de référence et qui les renforce. Le renforcement des systèmes de référence devrait être discuté pendant la formation, l'encadrement et la supervision de la PCMA.

Gestionnaires de la santé et agents de santé qualifiés

- Pratiques optimales
 - Un nombre suffisant de gestionnaires de la santé et d'agents de santé sont disponibles.
- Synthèse des résultats
 - La pénurie de ressources humaines est une des grandes faiblesses de l'intégration, de l'expansion et de l'AQ de la PCMA. Certes, de réels progrès ont été faits pour renforcer la capacité des gestionnaires de la santé et des agents de santé en matière de PCMA et pour nommer des points focaux de la nutrition, mais la gravité des pénuries varie considérablement de la Mauritanie (très grave) au Mali et au Niger (modérément grave). Dans certaines régions, une telle situation fait qu'un personnel non qualifié (sans aucune formation médicale professionnelle) assume l'entière responsabilité de la PEC MAS, y compris dans les soins hospitaliers.

- Le Mali et le Niger ont un taux élevé de chômage parmi les médecins et les infirmiers. Il existe donc un nombre suffisant de diplômés pour remplir ces positions vacantes et même pour aider à satisfaire les besoins dans les pays voisins. Il est à regretter que les restrictions budgétaires et toute la pression exercée pour minimiser les dépenses signifient que les gouvernements ne sont pas en mesure de recruter des nouveaux membres du personnel.
- Outre la pénurie de personnel de santé dans le système national de santé, la rotation élevée du personnel limite la disponibilité du personnel formé et chevronné. Etant donné que la PCMA n'est pas encore intégrée dans la formation initiale, les nouveaux diplômés qui entrent dans le système ne sont pas encore formés. De plus, la stratégie pour la formation continue vise à former le personnel de santé engagé directement dans la PCMA et non pas une base plus large du système de santé. Cette stratégie ne tient pas compte du taux de rotation élevée du personnel, de la rotation du personnel dans les établissements de santé et de l'attitude négative de ceux qui n'ont pas bénéficié de la formation (surtout du fait qu'ils ne sentent pas au niveau du point de vue technique). Ces facteurs expliquent le besoin continu de recyclage et d'encadrement.
- **Contraintes**
 - Il existe une pénurie de personnel qualifié et formé car les gouvernements se heurtent à de considérables contraintes financières pour recruter le personnel de santé. Cela amoindrit les progrès qui ont été faits au niveau de l'intégration, de l'expansion et de l'AQ de la PCMA.
- **Recommandations**
 - Les gouvernements et les donateurs devraient collaborer pour traiter la pénurie de personnel qualifié dans le système national de santé.
 - Le MS, les établissements de santé et les PE avec un soutien technique devraient soutenir l'intégration de la PCMA dans la formation initiale de base et, dans l'intermédiaire, renforcer la formation continue pour tous les cliniciens des services pédiatriques afin d'éviter toute interruption de services et baisse de qualité provenant de la rotation du personnel.

Intégration dans les services de routine

- **Pratiques optimales**
 - La PCMA est intégrée à l'enveloppe de base des services de santé et compte des crédits budgétaires couvrant la gestion et la mise en œuvre. La PCMA n'est pas dispensée comme un projet ou un programme vertical.
- **Synthèse des résultats**
 - L'intégration de la PCMA dans les services de santé de routine n'est encore formalisée ni dans les politiques ni dans la pratique. La volonté de le faire est là et il existe bien diverses activités de gestion et de mise en œuvre qui ont été intégrées dans le système national de santé, suivant les exemples d'autres programmes de santé et de nutrition infantile (actions essentielles en nutrition, suivi de la croissance, campagnes pour la santé de l'enfant). Mais un grand nombre des responsables de la santé et des agents de santé traitent encore la PCMA comme une activité indépendante et ne la réalisent qu'avec le soutien des organismes des Nations Unies ou des PE.
 - Le processus d'intégration de la PEC MAM a pris beaucoup de retard et il n'existe aucune indication quant à la manière ou à un calendrier possible pour le faire.

- **Contraintes**
 - En l'absence d'une intégration formelle et effective dans les systèmes de santé nationaux, la PCMA reste fortement dépendante des ressources externes.
 - Une diminution des fonds d'urgence ou de l'intérêt international dans la PCMA risquent de mettre en péril l'intégration et l'expansion de la PCMA.
- **Recommandations**
 - Le MS, les PE et les donateurs devraient intégrer la PCMA dans les services de santé de routine et octroyer des crédits budgétaires en profitant de l'environnement international actuel qui est favorable à la PCMA pour accélérer l'intégration et l'expansion.

Liens avec le système de santé informel

- **Pratiques optimales**
 - L'extension communautaire pour la PCMA implique les acteurs du secteur informel (y compris les dirigeants religieux, les guérisseurs traditionnels, les accoucheuses traditionnelles, les vendeurs de médicaments) pour sensibiliser davantage à la malnutrition aiguë, pour les faire participer au dépistage et à la référence pour le traitement des cas et pour améliorer le comportement de consultation des services de santé et les pratiques de soins infantiles en général.
- **Synthèse des résultats**
 - En général, le personnel de santé ne collabore pas avec le système de santé informel. Il ne reconnaît pas vraiment le rôle important que joue ce système pour influencer l'accès à la PCMA. Par ailleurs, le personnel de santé sait bien que les enfants sont souvent présentés en premier lieu au guérisseur traditionnel et aussi que certains enfants ont subi des interventions néfastes (scarification, brûlures). Tous les prestataires savent qu'un grand nombre viennent tardivement ou interrompent leur traitement à cause de l'ingérence du système informel. Et pourtant le système de santé formel évite d'interférer avec ces pratiques néfastes.
- **Contraintes**
 - La malnutrition n'est pas toujours perçue comme un problème de nutrition ou de santé. La tradition veut que l'enfant soit d'abord présenté au guérisseur traditionnel qui est toujours disponible dans la communauté. Ignorer la part que jouent ces praticiens ne fait que retarder l'accès à la PCMA dans de nombreuses communautés ciblées.
- **Recommandations**
 - Le MS et les PE devraient vérifier que les stratégies d'expansion communautaire pour la PCMA englobent la collaboration avec le système de santé informel et que cette collaboration est couverte effectivement dans la formation, l'encadrement et la supervision.
 - Le MS et les PE devraient faire des efforts délibérés pour sensibiliser les praticiens des systèmes de santé formel et informel aux besoins et avantages d'une collaboration active pour l'amélioration de la PCMA.

Liens avec les initiatives nutritionnelles préventives et les autres initiatives et services communautaires

- Pratiques optimales
 - Il existe des stratégies et des plans pour mettre la PCMA en lien avec les initiatives nutritionnelles préventives et les autres initiatives et services communautaires afin de renforcer la sécurité alimentaire des ménages, un environnement sain et les moyens de subsistance.
 - Les familles avec des enfants souffrant de malnutrition aiguë sont parmi les familles les plus vulnérables et sont mis en contact avec les initiatives renforçant la prévention de la malnutrition.
- Synthèse des résultats
 - L'intégration de la PCMA aux initiatives nutritionnelles préventives et aux autres initiatives communautaires est limitée, à l'exception des régions où les ONG participent à ces initiatives.
 - Le MS et les PE sont concentrés sur la mise en œuvre des composantes clés de la PCMA. Leur collaboration avec les autres secteurs qui réalisent des initiatives nutritionnelles préventives est limitée.
- Contraintes
 - Les familles avec des enfants souffrant de MAS ne sont pas en contact avec les initiatives et services communautaires contribuant à la prévention de la malnutrition, ce qui augmente ainsi le risque que les enfants rechutent après le traitement et/ou que d'autres frères et sœurs soient admis avec malnutrition aiguë.
- Recommandations
 - Le MS et les PE devraient disposer d'une stratégie pour établir des liens entre la PCMA et les autres initiatives et services communautaires à l'extérieur du MS qui contribuent à la prévention de la malnutrition.
 - Une collaboration multisectorielle formelle à tous les niveaux (national, régional, district et communauté) devrait être établie pour s'attaquer ensemble au problème de la malnutrition.
 - L'analyse situationnelle qui précède la stratégie d'extension communautaire devrait dresser une carte des initiatives et des services pertinents et établir des liens pour améliorer l'engagement communautaire et explorer tout contact possible qui contribue à la prévention de la malnutrition.

ACCES AUX FOURNITURES DE LA PCMA

Gestion des fournitures de la PCMA

- Pratiques optimales
 - Les aliments thérapeutiques, les médicaments de routine et les autres fournitures pour la PCMA (aliments thérapeutiques et aliments supplémentaires, médicaments de routine, équipement) sont inclus dans la liste nationale des médicaments essentiels et fournitures médicales.
 - Un système durable est mis en place pour acheter, distribuer, stocker et suivre l'utilisation des fournitures de la PCMA. Ce système fait partie du système national des médicaments essentiels.

- Synthèse des résultats
 - Au Mali, la gestion des fournitures de la PCMA est intégrée au système national. Ailleurs, des efforts d'intégration de la PCMA sont également faits et des leçons intéressantes ont été dégagées mais ne sont pas encore assez bien documentées.
 - L'accès à la plupart des produits pour la PCMA est bon au niveau national. Par ailleurs, il existe des ruptures de stock de médicaments (antibiotiques et antipaludiques), et l'approvisionnement en ATPE est interrompu au niveau de l'établissement de santé.
 - Les PE se complètent mutuellement pour gérer l'acquisition internationale et nationale de fournitures. Par ailleurs, il arrive souvent qu'un système soutenu par un PE existe parallèlement au système d'approvisionnement national du MS.
 - Des efforts ont été faits pour utiliser, renforcer et/ou moderniser le système national d'approvisionnement en médicaments essentiels mais ils n'ont pas encore donné de résultats ou n'ont pas pu être maintenus dans le temps.
 - Les organismes des Nations Unies ou des PE financent intégralement ou partiellement le système d'approvisionnement de la PCMA et restent en grande partie responsables de sa gestion au niveau du district ou de la communauté. La disponibilité des fonds d'urgence signifie que le niveau de soutien pourrait rester élevé mais on ne sait pas ce qui se passera ensuite.
 - Malgré une unité de production nationale de l'ATPE au Niger et de petites unités de production des aliments supplémentaires au Mali et au Burkina Faso, le système d'approvisionnement dépend des achats internationaux.
 - Deux approches novatrices ont été essayées à titre pilote à petite échelle. L'une a utilisé le système national des médicaments essentiels et des fournitures médicales et l'autre a fait appel à des transporteurs privés. Il est trop tôt pour évaluer les avantages et la viabilité à long terme de ces approches bien qu'il soit apparu immédiatement qu'elles détiennent un potentiel important si elles s'avèrent efficaces.
- Contraintes
 - L'accès aux fournitures de la PCMA est relativement bon mais le système d'approvisionnement est vulnérable aux interruptions ou à la détérioration si le soutien des organismes des Nations Unies ou des ONG diminue.
 - Les faiblesses du système national de gestion de l'approvisionnement nuisent à l'intégration de la PCMA.
- Recommandations
 - Le MS, avec le soutien technique et financier des donateurs et des PE, devrait améliorer et intégrer le système d'approvisionnement de la PCMA au système national d'approvisionnement en produits de santé.
 - Les organismes des Nations Unies qui ont une solide expérience en ce qui concerne les systèmes d'approvisionnement (à savoir, l'UNICEF et le PAM) doivent être impliqués dans le renforcement des systèmes nationaux d'approvisionnement et transférer leur expertise.

QUALITE DE LA PCMA

Adhésion aux protocoles standardisés

- Pratiques optimales
 - Il existe des directives nationales qui sont respectées et diffusées à grande échelle. Des aides de travail accompagnent les directives et elles facilitent l'adhésion aux directives et encouragent les soins de qualité.

- Les versions améliorées ultérieures des directives sont accompagnées d'orientation et de recyclage aux fins d'une diffusion optimale et d'un renforcement des connaissances et compétences liées aux nouvelles pratiques.
- Synthèse des résultats
 - Il existe des directives nationales qui sont diffusées à grande échelle.
 - Même la plus petite faiblesse dans les directives peut causer une interprétation erronée ou créer une certaine confusion qui se répercute sur la standardisation des soins.
 - Les directives et les copies de certaines pages et de certains tableaux représentent la principale aide de travail. Mais vu que différentes versions des directives sont en circulation, différents tableaux sont utilisés.
 - Des PE avec une bonne expérience en la matière ont mis au point des aides de travail utiles mais elles ne sont pas toujours conformes aux dernières versions des directives ni adaptées au niveau où elles sont partagées et par conséquent, elles n'aident pas à standardiser le traitement.
 - Le niveau d'adhésion aux protocoles standardisés varie, de modéré à bon, et les principaux déterminants de l'adhésion aux directives sont la qualité des directives et la qualité de la formation pour la mise en œuvre. Voici des exemples spécifiques des éléments qui interfèrent avec l'adhésion aux directives :
 - L'application de l'approche de la PCMA manque de constance et accorde une trop grande importance aux soins hospitaliers comme étant l'approche préférée, ce qui fait que les enfants avec MAS sans complications médicales sont traités dans le cadre de la PEC hospitalière et que les enfants avec MAS restent dans les soins hospitaliers après la stabilisation.
 - La méthode de formation en cascade limite le transfert des connaissances et des compétences et l'encadrement et la supervision qui suivent ne suffisent pas pour renforcer les compétences en matière de traitement.
 - Les PE appliquent leurs propres directives.
 - Les zones qui ont des sites de PEC hospitalière bien établis (approche à base d'établissement) tendent à retarder la transition à l'approche à base communautaire.
 - La variation dans le traitement du choc lié à la déshydratation, quel que soit le protocole dans les directives. Ces variations concernent l'administration de liquides tel que décrit dans les directives de 1999 de l'OMS⁷; une approche plus prudente de l'administration des liquides et une administration plus généreuse de liquides tel que décrit dans les directives pour les enfants malnutris.
 - Les médicaments de routine ne sont pas toujours donnés comme prescrit dans le protocole de traitement à cause des ruptures de stock de médicaments.
 - La mesure du périmètre brachial (PB) n'est pas utilisée de manière constante comme critère d'admission indépendant et est encore pris par de nombreuses personnes comme un critère uniquement pour le dépistage communautaire de premier stade.
 - Certaines recherches opérationnelles suggèrent qu'il est approprié de diverger des directives (possible si le MS est informé et si les leçons dégagées sont partagées avec tous).
- Contraintes
 - Le caractère incomplet et le manque de constance dans les directives nationales sont à l'origine du manque d'adhésion aux protocoles de traitement, avec l'impact négatif que cela suppose pour le traitement. Cela entrave également l'apprentissage institutionnalisé et la pérennisation des soins.

⁷ WHO. 1999. *Management of severe malnutrition: a manual for physicians and other senior health workers*. Geneva.

- **Recommandations**
 - Le MS, avec le soutien technique et la collaboration des PE nationaux ayant de l'expérience clinique devrait revoir les directives nationales pour les rendre plus complètes et plus constantes.
 - Des révisions devraient être planifiées à intervalles réguliers et accompagnées d'une orientation et d'un recyclage aux fins de diffusion optimale et du renforcement des connaissances et des compétences relatives aux nouvelles pratiques.

Outils standardisés

- **Pratiques optimales**
 - Il existe des outils standardisés pour la conception, la planification, la mise en œuvre, l'AQ, la supervision formative, le S&R et la formation en matière de PCMA et ces outils sont standardisés et adaptés aux directives nationales et au contexte du pays.
- **Synthèse des résultats**
 - Il existe un nombre insuffisant d'outils pour la conception, la planification, la mise en œuvre, l'AQ/supervision, le S&R et la formation. Ces outils sont incomplets, ils ne sont pas standardisés et ne sont pas adaptés au niveau de l'utilisateur.
 - Les directives nationales (mais pas toujours la dernière version) constituent le principal matériel pédagogique. Les aides de travail disponibles sont très appréciées et utilisées mais certaines d'entre elles sont trop compliquées ou ne sont pas adaptées au niveau approprié et par conséquent elles embarrassent le personnel.
 - La composition des diapositives varie d'un formateur à l'autre.
 - Il n'existe aucune directive sur la manière de développer et/ou d'adapter le matériel pédagogique aux différents publics et contextes.
 - Les listes de pointage de la supervision, soit n'existent pas soit sont incomplètes et ne sont pas standardisées. Elles ne se prêtent pas aux évaluations participatives et à la résolution de problèmes. Différents formulaires de S&R sont utilisés, parfois dans le même district et les directives diffèrent quant à la manière d'utiliser ces formulaires.
- **Contraintes**
 - Les outils utilisés pour mettre en œuvre la PCMA sont souvent incomplets. Cela se répercute négativement sur la qualité des soins et sur le processus d'apprentissage et partant diminue la confiance de bien faire son travail chez le personnel ainsi que la satisfaction professionnelle.
- **Recommandations**
 - Le MS, avec le soutien technique des experts, doit élaborer et distribuer des outils standardisés pour la conception, la planification, la mise en œuvre, l'AQ/supervision, le S&R ainsi que la formation pour la PCMA. Ces outils doivent refléter la dernière version des directives nationales et être adaptés aux différents niveaux d'utilisation. Ils seront revus au fur et à mesure que de nouvelles pratiques prometteuses se dégagent. Il est facile d'adapter les outils génériques de la PCMA existants aux directives nationales et au contexte national. Certains outils génériques n'ont d'ailleurs pas besoin d'être adaptés (par exemple l'outil de calcul des coûts).

Supervision formative

- Pratiques optimales
 - Un processus cyclique est en place pour mesurer les déficits de performance, comprendre les causes du déficit et pour planifier et mettre en œuvre des interventions pour combler ce déficit. Des actions correctives sont également planifiées.⁸
- Synthèse des résultats
 - Des systèmes de supervision sont en place et ils sont utilisés couramment pour les visites lorsque les ressources humaines et financières le permettent. Il s'agit de l'ancienne formule classique du superviseur avec une liste de pointage et un crayon. Mais les listes de pointage n'existent pas toujours ou alors elles sont incomplètes. Elles ne sont pas non plus standardisées. Les superviseurs vérifient les faiblesses, surtout l'accès aux fournitures. Leurs compétences sont limitées en ce qui concerne la résolution des problèmes. Souvent ces visites sont faites à l'initiative d'un PE qui invite le superviseur du MS à réaliser des visites de supervision conjointes et à apporter le soutien logistique. Certains PE ont mis en place des systèmes de supervision parallèles.
 - La réussite et/ou l'impact de la visite de supervision dépend de la personne qui la réalise plutôt que du système lui-même. L'opportunité d'encadrement et de résolution des problèmes dépend de l'expertise des superviseurs qui est souvent limitée. Souvent la visite se limite à la discussion au sujet l'approvisionnement et de l'accès aux fournitures (de fait un problème majeur qu'il faut traiter). Une supervision plus complète avec un soutien technique est faite dans les établissements recevant une aide des ONG. Mais, même dans certains programmes des ONG, les superviseurs manquent d'outils d'expertise détaillés qui leur permettraient d'identifier rapidement les faiblesses dans la mise en œuvre de la PCMA et de répondre à un grand nombre de questions du personnel de santé.
- Contraintes
 - La méthode et la qualité de la supervision ne permettent pas un véritable renforcement de la base de connaissances et de compétences dans une situation où la formation tant initiale de base que continue compte de sérieuses limites. Cette situation affecte la qualité de la mise en œuvre et empêche d'obtenir un impact maximum ou les meilleurs résultats possibles pour les ressources investies.
- Recommandations
 - Le MS, avec le soutien technique des experts, devrait améliorer le système de supervision existant (avec standardisation de l'outil de supervision adapté aux différents niveaux, assigner les superviseurs, former les superviseurs, octroyer des crédits budgétaires et mettre en place un système de soutien logistique) pour renforcer la base de connaissances et améliorer les compétences de traitement et de résolution des problèmes.

⁸ Tawfik, Y.; Segall, M.; Necochea, E.; and Jacobs, T. 2010. *Finding Common Ground: Harmonizing the Application of Different Quality Improvement Models in Maternal, Newborn, and Child Health Programs, Technical Report*. USAID Health Acre Improvement Project. Bethesda, MD: University Research Co., LLC. Available at <http://www.hciproject.org/node/2048>.

Suivi et rapports

- Pratiques optimales
 - Il existe un système standardisé de S&R complet et utilisable pour la PCMA, y compris la PEC MAM, la PEC MAS et l'extension communautaire. Il donne des informations sur la performance et influence les stratégies de mise en œuvre et de renforcement des capacités. Le système de S&R est compatible avec les systèmes de S&R de nature internationale et permet ainsi la comparaison entre les pays.
 - Le système actuel étendu de S&R est maintenu jusqu'à ce que la PCMA devienne un service de santé de routine, qu'elle compte une approche AQ, qu'elle soit couverte par la formation avant l'emploi et qu'elle soit financée régulièrement. A ce stade, le système de S&R peut être simplifié.
 - Le système de S&R alimente le répertoire de données au niveau national et régional concernant la PCMA et il alimente le système national de surveillance nutritionnelle.

- Synthèse des résultats
 - Le système de S&R pour la PEC MAS consiste en une collecte de données quotidienne, hebdomadaire et mensuelle et en rapports de compte rendu mensuel de ces données au district de santé et aux MS nationaux et régionaux.
 - Les problèmes de S&R sont courants et se situent à tous les niveaux, manque de précision et d'exactitude des données, caractère incomplet des rapports, retards dans la présentation des rapports, manque de disponibilité des formulaires de rapport, manque de rigueur de l'analyse et feedback limité ainsi que faible utilisation des données. Les districts recevant un soutien des ONG ont moins de problèmes.
 - Au vu de l'importance des données pour la planification et la gestion de la PCMA, l'UNICEF complète le système actuel par un système parallèle temporaire et/ou en vérifiant directement les flux d'information et la compilation et l'utilisation de cette information.
 - Les outils de S&R (registres, fiches de traitement, carnets de santé, fiches de pointages, rapport de synthèse, formulaires de référence) ne sont pas toujours standardisés et adaptés au niveau d'utilisation. Ils ne sont pas non plus toujours compris par l'utilisateur (gestionnaire de la santé, superviseur ou agent de santé). Aussi, la présentation à temps de rapports comprenant des informations précises et complètes n'est-elle guère possible.
 - C'est une charge de travail considérable que de remplir les outils de S&R pour la PCMA et qui doit être exécutée parallèlement et en plus du système régulier de S&R pour les services de santé d'un établissement.
 - Exemples de problèmes courants liés aux outils de S&R :
 - Directives incomplètes et divergentes pour remplir les outils, même au sein d'un même district
 - Niveau d'effort très important pour remplir tous les outils
 - Terminologie et définitions des variables qui ne sont pas toujours bien comprises, à savoir la différence entre l'incidence et le nombre de cas, l'absence et l'abandon.
 - Sont mal comprises également la signification et l'utilisation de l'information et des indicateurs. Les formules et les calculs des indicateurs ne font pas partie du formulaire de rapport mensuel et ne sont pas couverts dans les directives nationales.
 - Aucun feedback direct ou indirect n'est donné sur la performance
 - Le système de S&R pour la PEC MAS étaye un répertoire national de données pour la MAS qui est pris en charge par l'UNICEF.

- Contraintes
 - Un système de S&R faible réduit la capacité d'utilisation de l'information par le MS et les PE aux fins de planification et d'amélioration de la performance.

- **Recommandations**
 - Le MS, avec le soutien technique d'experts, devrait mettre en place un système de S&R concis et standardisé qui doit être adapté aux différents niveaux et dégager une information exacte et précise. Le système S&R devrait être intégré aux directives nationales et traité dans la formation, l'encadrement et la supervision. On peut envisager également d'avoir un ensemble de sites échantillonnés ou des collectes de données périodiques pour compléter le système simplifié de S&R routinier et disposer ainsi d'informations supplémentaires sur la performance.
 - Le MS devrait gérer le système de S&R qui étaye le répertoire national des données sur la PEC MAM et la PEC MAS, la surveillance nutritionnelle nationale et le système national d'informations sanitaires.
 - Le MS devrait faire une analyse désagrégée et donner un feedback sur la performance à tous les niveaux et utiliser les résultats du S&R pour informer les stratégies de mise en œuvre et de renforcement des compétences.

Couverture et barrières entravant l'accès et l'utilisation de services

- **Pratiques optimales**
 - La couverture et les barrières à l'accès et à l'utilisation de services sont évaluées à intervalle régulier à l'aide d'un outil standardisé et adapté au pays qui fait partie du système d'extension communautaire. Les résultats de l'évaluation sont utilisés pour informer les stratégies de mise en œuvre et de renforcement des capacités.
- **Synthèse des résultats**
 - Dans de nombreuses régions où l'extension communautaire est limitée, peu d'efforts sont faits pour sensibiliser les dirigeants et les membres communautaires sur la malnutrition aiguë et sur les services qui sont offerts pour la traiter ainsi que sur le dépistage communautaire qui permet de détecter et de référer les enfants souffrant de malnutrition aiguë. Aussi la couverture est-elle faible. Par ailleurs, il n'existe pas de mesure directe de la couverture en expertise nationale. Des méthodes indirectes sont utilisées pour évaluer la couverture en ce qui concerne le traitement. Les taux de prévalence donnés par les enquêtes et les nouveaux cas escomptés sur une période donnée (incidence) sont utilisés pour estimer le nombre de cas prévus et ces taux sont comparés aux nombres effectifs de cas signalés sur la même période de temps. Les résultats devraient être interprétés avec précaution au vu de l'imprécision des différentes méthodes d'estimation. Par ailleurs, les estimations se sont avérées un outil valable pour planifier la gestion de l'approvisionnement.
 - Il existe deux méthodes directes pour évaluer des taux de couverture précis et exacts, mises au point pour la PCMA par Valid International, et fondées sur les méthodes de monitoring de la couverture et l'évaluation semi-quantitative de l'accès et de la couverture (SQUEAC), utilisées respectivement depuis 2003 et 2007. Il est regrettable qu'aucune capacité nationale n'ait pas encore été développée pour utiliser ces méthodes et que les organismes des Nations Unies et des PE doivent dépendre de l'expertise externe pour faire ces évaluations. Les quelques PE et organismes des Nations Unies qui ont évalué la couverture et les barrières à l'accès et à l'utilisation des services ont constaté que les résultats sont très utiles pour informer l'amélioration des programmes.
 - Les méthodes permettent de donner un ordre prioritaire aux zones avec la couverture la plus faible et dans lesquelles il faut traiter le problème des barrières entravant l'accès aux services et l'utilisation à ces services. Les taux de couverture sont généralement faibles et les barrières à l'accès à la PEC MAS et à la PEC MAM sont analogues à celles qu'on trouve dans la plupart des pays, à savoir :
 - Absence de sensibilisation, d'où présentation tardive ou pas de présentation et taux élevé d'abandon

- Absence ou défaillance du dépistage communautaire actif
 - Coût d'opportunité pour les mères ou autres personnes qui amènent les enfants aux services de santé
 - Les barrières sociales, généralement liées au mari ou à la belle-mère
 - Barrières économiques pendant les saisons de plantation, de désherbage et des moissons
 - Recours au guérisseur traditionnel en priorité
 - Système de paiements pas à jour de la nouvelle exonération de paiement pour les enfants de moins de 5 ans
 - Manque de confiance dans le système national de santé
 - Déception une fois arrivé au centre, par exemple à cause du comportement du personnel, des longues files d'attente, du manque de médicaments/de nourriture, ou d'absence du personnel de santé
 - Nécessité de s'occuper d'autres enfants à la maison
- Contraintes
 - Au vu des évaluations limitées concernant l'extension communautaire, il est difficile de traiter le problème des barrières entravant l'accès et l'utilisation des services, d'où un faible niveau d'utilisation et une présentation tardive au traitement. L'absence d'une capacité nationale pour l'évaluation de la couverture à l'aide de méthodes directes et la dépendance de méthodes indirectes et imprécises peuvent mener à des résultats trompeurs.
 - Recommandations
 - Le MS, avec le soutien technique des experts, devrait tester les différentes méthodes d'évaluation de la couverture dans le contexte du pays et évaluer leur coût-efficacité. Le MS, les PE et les établissements d'enseignement pourront ensuite renforcer leur capacité d'utilisation de l'outil adapté au pays et évaluer ainsi la couverture et les barrières à l'accès et à l'utilisation des services de la PCMA et mettre en place un système dynamique pour adapter les stratégies en fonction des résultats.

Système national de surveillance nutritionnelle et SNIS

- Pratiques optimales
 - Un système national de surveillance nutritionnelle utilise le système de S&R de la PCMA et le système de surveillance nutritionnelle pour repérer les tendances au niveau de l'incidence (nouveaux cas), la charge de la malnutrition aiguë (nombre de cas) et la performance de la PCMA. Les tendances au niveau de l'incidence et de la charge de la malnutrition aiguë sont intégrées au SNIS. Le système national de surveillance nutritionnelle et le SNIS sont utilisés aux fins de plaidoyer et de planification.
- Synthèse des résultats
 - Différents systèmes de surveillance nutritionnelle et/ou de sécurité alimentaire, de vulnérabilité et de systèmes d'alerte précoce sont en place et les systèmes plus globaux de surveillance nutritionnelle font l'objet d'essais pilotes. Les divers systèmes cumulent toute une gamme d'informations portant sur les systèmes de suivi routinier, les moyens de subsistance, la santé et la nutrition ainsi que la mortalité, à partir des systèmes de suivi routinier, des évaluations et des enquêtes. Le système de surveillance nutritionnelle dépend fortement des enquêtes annuelles ou biannuelles de suivi et d'évaluation des secours et transition (SMART) qui évaluent et suivent les tendances au niveau de la malnutrition.
 - Certaines approches novatrices des systèmes de surveillance nutritionnelle ont été essayées mais elles ne sont que peu documentées ou alors la documentation n'est pas diffusée, ce qui

- limite la possibilité d'en retirer l'enseignement pertinent. De plus, la triangulation de l'analyse nutritionnelle avec la sécurité alimentaire et/ou la performance du programme PCMA n'est pas bien exploitée et limite la compréhension de la situation nutritionnelle et l'opportunité d'informer les stratégies de réduction des risques.
- Selon le pays, le SNIS comprend l'insuffisance pondérale, l'incidence de la malnutrition aiguë, le taux de mortalité, le nombre de cas de malnutrition aiguë, le nombre de cas d'anémie maternelle et la couverture en supplémentation en vitamine A. La Mauritanie compte le SNIS le plus développé. Il est informatisé au niveau de district, régional et national et comprend les indicateurs de la PCMA. La notification et l'interprétation des résultats sont gérées par l'équipe d'épidémiologie à tous les niveaux et un bulletin national est produit et diffusé régulièrement. L'exemple de la Mauritanie montre qu'il est possible, si on dispose des ressources adéquates, d'améliorer grandement le système de surveillance sanitaire et nutritionnelle. Ailleurs, il n'existe pas de ressources suffisantes investies dans le SNIS pour englober la nutrition.
 - En général, il n'existe qu'une utilisation limitée de l'information sanitaire et nutritionnelle disponible pour définir les pays prioritaires. Les faiblesses sont reconnues et sont traitées. Mais elles ne sont pas traduites en points d'action dans un plan stratégique avec des objectifs et des délais spécifiés et on ne sait pas vraiment si des ressources adéquates sont recherchées à ce propos.
- **Contraintes**
 - Les enquêtes SMART mises en œuvre au niveau régional sont chères et fournissent des moyennes au niveau national et régional. C'est utile pour brosser une vue d'ensemble de la situation et pour suivre les tendances sur le plan de la nutrition mais les enquêtes ne renseignent pas sur les nuances pour suivre les zones avec charge élevée de malnutrition à moins qu'elles ne soient répétées à plus petite échelle.
 - Une faible surveillance nutritionnelle ou un faible SNIS réduit la capacité du MS et des PE à saisir l'information nécessaire pour le plaidoyer, la planification, la gestion et l'AQ.
 - **Recommandations**
 - Le MS, avec le soutien technique des experts, devrait renforcer le système de surveillance nutritionnelle et le SNIS en incluant une information exacte sur les tendances de l'incidence et la charge de malnutrition aiguë qui permettrait d'informer les activités de plaidoyer, de planification, de gestion et de l'AQ de la PCMA.
 - Les enquêtes SMART sont des outils utiles dans les situations d'urgence mais ne devraient pas être les seuls moyens d'évaluer la situation nutritionnelle et les tendances du suivi.
 - Des bulletins devraient être produits et diffusés régulièrement triangulant l'information différente des diverses sources et devraient inclure les tendances sur l'incidence et le nombre de cas de malnutrition aiguë et de performance de la PCMA.

Evaluation

- **Pratiques optimales**
 - Examens et évaluations influencent les stratégies et les plans de l'intégration, de l'expansion et de l'AQ, augmentant ainsi le coût-efficacité de la PCMA. Les examens et les évaluations montrent que le service/programme/intervention a atteint les objectifs et l'impact escomptés.
- **Synthèse des résultats**
 - La PCMA a été introduite en 2005 à grande échelle en tant qu'intervention d'urgence dans la Région de l'Afrique de l'Ouest, en réponse aux crises dues au prix élevé des aliments et aux niveaux élevés de MAG. Alors que la crise atteignait ses pires moments, les gouvernements

- ont décidé que la PCMA devrait être intégrée dans les services de santé de routine. Par ailleurs, aucune activité d'évaluation initiale ou d'évaluation de l'impact n'a été réalisée.
- Les bilans et les évaluations de la PCMA ne sont pas courants. Par ailleurs, on se rend de plus en plus compte de l'importance et de la nécessité de faire des bilans et des évaluations, notamment l'évaluation de la couverture. L'UNICEF et certains donateurs ont démarré des bilans ou des évaluations pour observer l'impact des interventions nutritionnelles d'urgence et les progrès de l'intégration, de l'expansion et de l'AQ de la PCMA ainsi que pour informer la planification stratégique post-urgence de la PCMA. En 2009, l'UNICEF a commandité une revue de la PCMA dans 10 pays de l'Afrique centrale et de l'Ouest dont les quatre pays compris dans la présente revue. Certaines ONG font des évaluations externes de leurs programmes. Un grand nombre de PE, surtout ceux intervenant au niveau national, sont préoccupés par l'absence d'une méthode directe pour estimer la couverture nationale en fonction d'un échantillonnage rigoureux. L'évaluation de l'impact dépend essentiellement des tendances dans la charge de malnutrition, dégagées par le SNIS et les enquêtes SMART nationales, annuelles et biannuelles.
- Contraintes
 - Les coûts des enquêtes, des revues et des évaluations sont élevés et les budgets que les donateurs imposent aux PE ne leur permettent pas de s'engager aisément dans de telles activités.
 - Recommandations
 - Les responsables des programmes et les gestionnaires de la santé de toutes les disciplines devraient inclure un volet d'évaluation rigoureuse pour dégager et promouvoir l'information disponible pour l'apprentissage et la prise de décisions.
 - Les enquêtes SMART sont utiles mais ne devraient pas être les seuls moyens d'évaluation de l'impact.

Conclusions

La malnutrition aiguë est un grave problème de santé publique partout dans le monde en développement. Si sa part dans la charge mondiale de mortalité infantile varie d'un pays à l'autre, tel que l'indiquent les différentes études, il est pourtant universellement reconnu que la malnutrition aiguë est l'une des cinq grandes causes de décès chez les enfants de moins de 5 ans. Plus de 19 millions d'enfants dans le monde ont souffert à un moment donné de malnutrition aiguë, d'après les estimations.⁹ Ces enfants courent un risque neuf fois plus élevé de mourir qu'un enfant bien nourri.¹⁰ *The Lancet Series* sur la nutrition maternelle et infantile et l'effort global de 2010, faisant intervenir de multiples parties concernées, « Expansion de la nutrition » soulignent tous deux l'importance de traiter la sous-nutrition et la malnutrition aiguë pour atteindre les OMD liés à la réduction des taux de mortalité juvénile (OMD 4). Etant donné que 4% de la charge mondiale de mortalité juvénile est attribuée à l'émaciation sévère et 14,5% à l'émaciation modérée et sévère,¹¹ bon accueil a été fait à une stratégie efficace comme la PCMA pour traiter le problème de la malnutrition aiguë infantile. Elargir l'accès aux interventions qui préviennent et traitent le problème de la malnutrition aiguë permettra de faire reculer nettement la mortalité juvénile. L'accès universel à ces interventions permettra de sauver des milliers de vies d'enfants chaque année. Dans la période qui a suivi les crises récentes de nutrition et de sécurité alimentaire en Afrique de l'Ouest, un grand pas en avant a été fait au niveau de l'intégration et de l'expansion de la PCMA grâce au soutien accru des gouvernements, des organismes des Nations Unies, des PE et des donateurs. De plus en plus a été reconnue l'importance de la PCMA dans la prévention de la mortalité.

Les principaux défis que rencontre la mise en œuvre de la PCMA résident au niveau des faiblesses des systèmes nationaux de santé dans lesquels la PCMA est intégrée, à savoir la pénurie de personnel de santé, la faiblesse de l'extension communautaire, un système d'approvisionnement incertain et peu viable dans le long terme et une expertise nationale limitée en matière de PCMA, approche qui doit encore être institutionnalisée.

Résumé des réalisations positives :

- **Environnement favorable pour la PCMA.** Depuis l'introduction de la PCMA, la malnutrition aiguë est de plus en plus reconnue et a pris de l'importance dans les politiques nationales et locales. Des directives nationales ont été formulées et sont diffusées à grande échelle. Même si ces directives ne sont pas toujours observées, le niveau d'utilisation des éléments essentiels reste positif.
- **Compétences pour la PCMA.** Malgré les limitations dans l'approche et la qualité de la formation, il n'en reste pas moins que la formation de plusieurs centaines d'agents de santé en l'espace de quelques années s'est avérée un grand succès. Pratiquement tous les établissements de santé visités comptaient au moins un agent de santé formé en matière de PCMA.
- **Accès aux services de la PCMA.** L'accès au traitement de la malnutrition, surtout de la MAS, est passé du niveau non existant à une couverture quasi-nationale. Des progrès notables ont été faits pour intégrer la PCMA dans les services de santé de routine dans les quatre pays.
- **Accès aux équipements et fournitures de la PCMA.** Avec le soutien des organismes des Nations Unies et des PE, l'accès aux aliments thérapeutiques et aux médicaments entrant dans la prise en charge à base communautaire de la malnutrition aiguë s'est nettement amélioré. Par

⁹ *The Lancet Series on Maternal and Child Undernutrition*. 2008. L'OMS estime actuellement le nombre global d'enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère et le nombre global de décès liés à la MAS.

¹⁰ *Ibid.* La probabilité de mourir est estimée 9,4 fois plus grande chez les enfants avec émaciation grave.

¹¹ *Ibid.* Note: l'OMS est en train de formuler des estimations du nombre d'enfants dans le monde souffrant de MAS et le nombre de décès imputables à la MAS.

ailleurs, le système d'approvisionnement n'a pas encore été intégré aux systèmes nationaux du MS et les budgets nationaux n'ont guère aidé au financement du programme.

- **Qualité de la PCMA.** Les systèmes de S&R ont été trouvés médiocres et une approche régionale standardisée bien que compliquée a été proposée pour Afrique de l'Ouest. L'AQ a été reconnue comme le prochain domaine prioritaire à renforcer et des plans sont en cours de discussion pour formuler les approches.

Références

CPS/MS, DNSI/MEIC, and Macro International Inc. 2007. Enquête Démographique et de Santé du Mali 2006.

Deconinck, H.; Bahwere, P.; and Adou, P. 2011. *Review of Community-Based Management of Acute Malnutrition Implementation in Niger*. Washington, DC: AED/FANTA-2.
http://www.fantaproject.org/downloads/pdfs/FANTA2_CMAM_Niger_Jan2011.pdf.

Deconinck, H.; Bahwere, P.; and De Bernardo, D. 2010. *Review of Community-Based Management of Acute Malnutrition Implementation in Mali*. Washington, DC: AED/FANTA-2.
http://www.fantaproject.org/downloads/pdfs/FANTA2_Mali_CMAM_Review_Nov2010.pdf.

Deconinck, H.; Bahwere, P.; and Diene, S. 2010. *Review of Community-Based Management of Acute Malnutrition Implementation in Burkina Faso*. Washington, DC: AED/FANTA-2.
http://www.fantaproject.org/downloads/pdfs/FANTA-2_BurkinaFaso_CMAM_Review_Nov2010.pdf.

Deconinck, H.; Bahwere, P.; and Diene, S. 2010. *Review of Community-Based Management of Acute Malnutrition Implementation in Mauritania*. Washington, DC: AED/FANTA-2.
http://www.fantaproject.org/downloads/pdfs/FANTA2_Mauritania_CMAM_Review_Nov2010.pdf.

Deconinck, H.; Swindale, A.; Grant, F.; and Navarro-Colorado, C. 2008. *Review of Community-based Management of Acute Malnutrition (CMAM) in the Post-emergency Context: Synthesis of Lessons on Integration of CMAM into National Health Systems*. Washington, DC: AED/FANTA-2.
http://www.fantaproject.org/downloads/pdfs/CMAM_Synthesis_Apr08_v2.pdf.

INS, Niger. 2010. Rapport de l'enquête nutrition et survie des enfants de 6 à 59 mois, mai-juin 2010.

Kerac, Marko et al. 2011. "Prevalence of wasting among under 6-month-old infants in developing countries and implications of new case definitions using WHO growth standards: a secondary data analysis." *BMJ*. <http://www.adc.bmj.com/content/early/2011/02/01/adc.2010.191882.full>.

The Lancet Series on Maternal and Child Undernutrition, 2008.

Tawfik, Y.; Segall, M.; Necochea, E.; and Jacobs, T. 2010. *Finding Common Ground: Harmonizing the Application of Different Quality Improvement Models in Maternal, Newborn, and Child Health Programs, Technical Report*. USAID Health Acre Improvement Project. Bethesda, MD: University Research Co., LLC. <http://www.hciproject.org/node/2048>.

UNICEF. 2006. Consolidated Appeal Process.

UNICEF. 2010. Child Malnutrition in the Sahel Region.

UNICEF MICS. 2007. http://www.unicef.org/statistics/index_countrystats.html and http://www.childinfo.org/mics3_surveys.html.

WHO. 1999. *Management of severe malnutrition: a manual for physicians and other senior health workers*. Geneva.