Revue de la mise en œuvre du programme de prise en charge à base communautaire de la malnutrition aiguë au Niger 13-28 octobre 2010

Hedwig Deconinck
Paluku Bahwere
Pierre Adou

Janvier 2011
Revue de la mise en œuvre du programme de prise en charge à base communautaire de la malnutrition aiguë au Niger

13–28 octobre 2010

Hedwig Deconinck
Paluku Bahwere
Pierre Adou

Janvier 2011
Ce rapport a été préparé grâce au soutien généreux du peuple américain par le biais du soutien de l’Office de la santé, des maladies infectieuses et de la nutrition du Bureau de la 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 États-Unis pour le développement international (USAID), aux termes de l’accord coopératif 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 États-Unis.

Publié janvier 2011

Citation recommandée

Contacter des Informations
Food and Nutrition Technical Assistance II Project (FANTA-2)
FHI 360
1825 Connecticut Avenue, NW
Washington, DC 20009-5721
T 202-884-8000
F 202-884-8432
fantamail@fhi360.org
www.fantaproject.org
### Sigles

- Introduction .................................................................................................................................................. 1
  1.1 Objectifs ............................................................................................................................................... 1
  1.2 Méthodes ............................................................................................................................................... 1
  1.3 Données générales sur le Niger .............................................................................................................. 3

### Résultats de la revue

- 2.1 Eléments essentiels pour un environnement favorable à la PCMA .................................................. 5
  2.1.1 Leadership du gouvernement et du ministère de la santé ............................................................... 5
  2.1.2 Leadership technique du ministère de la santé pour la PCMA ...................................................... 6
  2.1.3 Intégration de la PCMA aux politiques et aux plans stratégiques de santé et de nutrition .................................................. 8
  2.1.4 Plaidoyer pour la PCMA .................................................................................................................... 10
  2.1.5 Directives nationales pour la PCMA ................................................................................................. 10
  2.1.6 Banque de données et répertoire national pour la PCMA ................................................................ 11
  2.1.7 Appui technique pour la PCMA ......................................................................................................... 12
  2.1.8 Responsabilisation des agents de santé ............................................................................................. 12
  2.1.9 Durabilité du financement .................................................................................................................. 12
  2.1.10 Gratuité des soins pour les enfants avec MAS ................................................................................... 12

### Compétences pour la PCMA

- 2.2 Formations ............................................................................................................................................. 13
  2.2.1 Formation continue et supervision formative .................................................................................. 13
  2.2.2 Formation de base ............................................................................................................................... 14
  2.2.3 Sites d’apprentissage, visites d’apprentissage et stages ................................................................... 14
  2.2.4 Echange d’informations entre collègues et forums d’apprentissage interactif ............................... 15
  2.2.5 Recherche opérationnelle ................................................................................................................ 15
  2.2.6 Développement d’une expertise nationale de haut niveau .............................................................. 16

### Accès aux services de la PCMA

- 2.3 Accès ..................................................................................................................................................... 16
  2.3.1 Mise en œuvre initiale et expansion à grande échelle des services de la PCMA .................................. 16
  2.3.2 Extension communautaire pour la sensibilisation et la mobilisation de la communauté, le dépistage communautaire référence, et visite à domicile .................................................. 17
  2.3.3 PEC MAM .......................................................................................................................................... 18
  2.3.4 Décentralisation de la prise en charge ambulatoire de la malnutrition aiguë ................................ 19
  2.3.5 Prise en charge hospitalière .............................................................................................................. 20
  2.3.6 Systèmes de référence ........................................................................................................................ 21
  2.3.7 Intégration de la PCMA aux soins de santé de routine ..................................................................... 21
  2.3.8 Prévention de la malnutrition aiguë pendant la période de soudure : Distribution systématique des aliments supplémentaires ou Blanket Feeding .................................................. 22
  2.3.9 Personnel de santé qualifié ................................................................................................................. 22
  2.3.10 Liens de la PCMA avec les systèmes de santé informels : guérisseurs traditionnels et accoucheuses traditionnelles .................................................................................................................. 23
  2.3.11 Liens entre la PCMA et les autres services communautaires ........................................................... 23

### Accès aux équipements et AUX fournitures pour la PCMA

- 2.4 Approvisionnement et gestion de l’équipement et des fournitures de la PCMA ................................... 23

### Qualité des services de la PCMA

- 2.5 Aides de travail, outils et matériel de formation standardisés .............................................................. 25
  2.5.1 Observance des protocoles de traitement standardisés ..................................................................... 25
  2.5.2 Aides de travail, outils et matériel de formation standardisés ............................................................ 26
  2.5.3 Supervision formative ......................................................................................................................... 26
  2.5.4 Suivi des soins individuels ................................................................................................................ 27
  2.5.5 Systèmes de surveillance et leur intégration au système national d’information sanitaire .................. 27
  2.5.6 Évaluation de la performance de la PCMA : Qualité et couverture .................................................. 30

### Conclusions

- 3. Conclusions .............................................................................................................................................. 32
4. **Recommandations** .......................................................................................................................... 35
   4.1 Recommandations générales pour soutenir le MSP/DN et les partenaires d’exécution en ce qui concerne la PCMA .................................................................................................................. 35
   4.2 Recommandations spécifiques pour DCHA/OFDA et ses partenaires de l’exécution .......... 38

Annexe 1 : Carte des lieux visités au Niger ................................................................. 39
Annexe 2: Programme des réunions et visites sur les sites au Niger ......................... 40
Annexe 3: Contacts au Niger ................................................................................................. 43
Annexe 4 : Termes de référence ....................................................................................... 45
Annexe 5 : Questions clés pour l’étude de documents et visites dans le pays ............. 49
Annexe 6 : Composantes de la PCMA et Cadre d’intégration ..................................... 52
Sigles

ACH/E Acción contra el Hambre – Espagne
ASC Agent de santé communautaire
ATPE Aliment thérapeutique prêt à l’emploi
AEN Actions essentielles en nutrition
AQ Amélioration de la qualité
BEFEN Bien-être de la femme et de l’enfant au Niger
OCB Organisation communautaire de base
CCA Cellule de Crises Alimentaires
CCSC Communication pour le changement social et de comportement
CIC Centre d’Information et de Communication
cm centimètres
CMC Comité Mixte de Concertation entre l’État et les donateurs
CNSAP/GC Comité National du Système d’Alerte Précoce et de Gestion des Catastrophes
COGES Comité de Gestion
CRC Comité Restreint de Concertation
CRENAM Centre de Réhabilitation et d’éducation Nutritionnelle pour la Malnutrition Aiguë Modérée (site de la PEC MAM)
CRENAS Centre de Récupération et d’éducation Nutritionnelle pour la Malnutrition Aiguë Sévère (site de la PEC MAS ambulatoire)
CREN centre de rééducation nutritionnelle
CRENI Centre de Récupération et d’éducation Nutritionnelle Intensive (site de la PEC MAS non-ambulatoire)
CRF Croix-Rouge française
CS Case de Santé
CSA Commissariat de Sécurité Alimentaire
CSB Mélange maïs et soja
CSI Centre de Santé Intégré
DCHA/OFDA USAID Bureau for Democracy, Conflict, and Humanitarian Assistance Office of U.S. Foreign Disaster Assistance (Bureau pour la démocratie, la gestion des conflits et l’aide humanitaire du Bureau pour l’assistance en cas de catastrophe à l’étranger)
DN Direction de la Nutrition
DNPGCA Dispositif National de Prévention et de Gestion des Crises Alimentaires
DRSP Direction Régionale de la Santé Publique
ECO Équipe Cadre du District
FANTA-2 Food and Nutrition Technical Assistance II Project (Projet d’assistance technique à l’alimentation et à la nutrition II
FORSANI Forum Santé Niger
FEWS NET Famine Early Warning Systems Network (USAID), Réseau d’alerte précoce à la famine de l’USAID
GDN Gouvernement du Niger
HABI Helen Keller International
INS Institut National de la Statistique
ISP Institut de Santé Publique
MAG Malnutrition aiguë globale
MAM Malnutrition aiguë modérée
MAS Malnutrition aiguë sévère
MDM Médecins du Monde
MDO maladies à déclaration obligatoire
MSP Ministère de la Santé Publique
MSF Médecins Sans Frontières
OMS Organisation Mondiale de la Santé
ONG Organisation non gouvernementale
ONU Organisation des Nations Unies
ONPCC Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques
PAM Programme Alimentaire Mondial
PB Périmètre brachial
PE Partenaire de l’exécution
PCMI Prise en charge des maladies infantiles
<table>
<thead>
<tr>
<th>Acronyme</th>
<th>Description</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>PEC-MAM</td>
<td>Prise en charge de la malnutrition aiguë modérée</td>
</tr>
<tr>
<td>PEC-MAS</td>
<td>Prise en charge de la malnutrition aiguë sévère</td>
</tr>
<tr>
<td>PCMA</td>
<td>Prise en charge à base communautaire de la malnutrition aiguë</td>
</tr>
<tr>
<td>PCAC</td>
<td>Promotion de la Croissance à Assise Communautaire</td>
</tr>
<tr>
<td>PFE</td>
<td>Pratiques familiales essentielles</td>
</tr>
<tr>
<td>PDPDR</td>
<td>Principes Directeurs pour une Politique de Développement Rural pour le Niger</td>
</tr>
<tr>
<td>PSP</td>
<td>Programme Spécial du Président</td>
</tr>
<tr>
<td>P/T</td>
<td>Rapport du poids pour la taille</td>
</tr>
<tr>
<td>S&amp;E</td>
<td>Suivi et évaluation</td>
</tr>
<tr>
<td>SDRP</td>
<td>Stratégie de Développement Accéléré et de Réduction de la Pauvreté</td>
</tr>
<tr>
<td>SNIS</td>
<td>Système National d’Information Sanitaire</td>
</tr>
<tr>
<td>SPIIS</td>
<td>Service de Programmation et d’Information Sanitaire</td>
</tr>
<tr>
<td>URC</td>
<td>University Research Corporation</td>
</tr>
<tr>
<td>USAID</td>
<td>United States Agency for International Development</td>
</tr>
</tbody>
</table>
1 Introduction

L’Agence des États-Unis pour le Développement international (USAID), Bureau pour la démocratie, la gestion de conflits et l’assistance humanitaire (DCHA/OFDA), du Bureau pour l’assistance en cas de catastrophe à l’étranger (DCHA/OFDA) a demandé au Projet d’assistance technique pour l’alimentation et la nutrition II/ FHI 360 (FANTA-2) de faire le point sur l’état de la mise en œuvre de la 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). Cela pour aider à identifier les priorités programmatiques 2010 et 2011 de la DCHA/OFDA vers lesquelles les investissements de la DCHA/OFDA pour l’appui à la PCMA doivent s’orienter. Il s’agissait de faire à la DCHA/OFDA l’état de lieu de la mise en œuvre de la PCMA et son intégration dans le systèmes national de santé dans chacun des 4 pays, documenter les leçons apprises et faire des recommandations sur les défis à relever, sur les meilleures pratiques, les lacunes et les domaines prioritaires pour l’appui de la DCHA/OFDA à la mise en œuvre de la PCMA pour les années 2010 et 2011. La revue devrait dégager les informations pertinentes pour la planification des programmes de la DCHA/OFDA et servir également d’outil de plaidoyer permettant de guider d’autres donateurs dans leur planification de l’appui à la mise en œuvre de la PCMA dans la région. Une fois la revue des 4 pays terminée, FANTA-2 présentera un rapport synthèse. Le présent rapport traite uniquement de la prise en charge de la malnutrition aiguë au Niger.

En décembre 2009, le Gouvernement du Niger (GDN) a exprimé sa préoccupation lorsque son Enquête sur la Sécurité Alimentaire des Ménages au Niger 1 constatait que 7,8 millions de personnes—58,2% de la population —étaient exposées au risque d’insécurité alimentaire. Ainsi, en mars 2010, le GDN a-t-il fait appel à la communauté internationale pour une assistance humanitaire. La présente revue évalue donc aussi la réponse tant du GDN que des partenaires à cette crise et identifie les leçons apprises de cette nouvelle crise afin de les utiliser dans les réponses à des crises analogues futures et pour le renforcement des systèmes actuels de sécurité alimentaire.

1.1 OBJECTIFS

Cette revue poursuit les objectifs suivants :

a) Faire le point sur la mise en œuvre générale de la PCMA au Burkina Faso et au Mali et, si la situation politique sur le terrain le permet, également au Niger et en Mauritanie, et rédiger un rapport de la situation des activités de la PCMA dans chaque pays

b) 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

c) 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

d) 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

e) 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,

f) Faire les recommandations sur les pratiques prometteuses à incorporer dans d’autres programmes et sur l’exploitation des leçons apprises pour l’amélioration de la mise en œuvre de la prise en charge de la PCMA dans la région et dans le monde.

g) Et en plus pour le Niger, évaluer la réponse à la crise nutritionnelle de 2010.

1.2 METHODES

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.

Dans le cadre de la revue de la PCMA au Niger Une équipe de FANTA-2 (Hedwig Deconinck, Senior CMAM and Emergency Nutrition Advisor; Paluku Bahwere, CMAM and HIV Advisor; and Pierre Adou, HIV and Nutrition Advisor) s’est rendue au Niger du 13 au 28 octobre 2010., les documents sur les politiques et stratégies nationales en nutrition et sécurité alimentaire, le protocole national sur la prise en charge de la malnutrition aigue et les données sur la performance d’un nombre limité de programmes ont été examinés afin de comprendre le contexte, l’organisation et la performance du programme PCMA. L’équipe a aussi passé en revue la mise en œuvre de la PCMA aux différents niveaux tant national, régional que de district afin de documenter la mise en œuvre de la PCMA du point de vue de l’accès aux services et aux médicaments et autres intrants, du point de vue de la qualité des services et des compétences du personnel de santé notamment dans la compréhension générale des procédures utilisées pour diagnostiquer la malnutrition aiguë et dans l’application du protocole national. L’équipe a également examiné comment la PCMA a été intégrée dans le système national de santé à tous les niveaux, l’environnement politique en terme de lois et politiques nationales en matière de nutrition dans lequel la mise en œuvre et l’intégration se font, ainsi que la stratégie utilisée pour intensifier les activités pendant la période de soudure d’avril à octobre.

L’équipe de la revue a effectué des visites de terrain pour observer les activités et a organisé des réunions et des entretiens au niveau national, régional et de district avec des représentants du Ministère de la Santé publique (MSP), de l’UNICEF, de l’Organisation Mondiale de la Santé (OMS), du Programme Alimentaire Mondial (PAM), de l’USAID, des organisations non gouvernementales(ONG) internationales et nationales et d’un Centre Hospitalier Universitaire.

Les sites sélectionnés pour la revue ne l’ont pas été sur la base d’un échantillonnage aléatoire mais sur la base d’un échantillonnage de convenance permettant de choisir toutes les régions prioritaires et de rencontrer le plus grand nombre possible de partenaires fournissant une assistance technique (AT) au Ministère de la santé pour la PCMA. L’équipe s’est rendue dans sept régions du pays : Niamey, Dosso, Tillabéry, Tahoua, Diffa, Zinder, et Maradi. Pour l’observation, un effort a été fait pour visiter aussi bien les structures de santé recevant l’appui d’ONG que celles ne recevant aucun appui technique, externe, des structure de santé offrant la PEC MAS ambulatoire et celles offrant la PEC MAS hospitalière et enfin des sites pour la prise en charge de la MAM.

En plus de l’observation des activités, l’équipe a réalisé des entretiens avec les informateurs-clé et des Focus group de discussions avec les responsables et gestionnaires des services de santé, les prestataires des soins, les animateurs de la composante communautaires et les agents de santé communautaires ou relais communautaires, les bénéficiaires (mères et autres personnes qui s’occupent des enfants), les autorités et leaders d’opinion de la communauté et les membres de la communauté.. L’équipe a utilisé des questions clés préparées à l’avance qui permettent de bien cerner les aspects en rapport avec la mise en œuvre et l’intégration de la PCMA. Les questions clés étaient adaptées au niveau de la pyramide de soins (national, régional, district et communautaire) et à la qualité et au niveau des personnes ressources. Ces questions couvrent les différents thèmes du cadre analytique de la PCMA, mis au point par le projet FANTA (projet prédécesseur de FANTA-2) lors de la revue de trois pays faite en 2007. Le cadre analytique de la PCMA comprend cinq catégories considérées comme essentielles pour une mise en œuvre réussie de la PCMA :

- Facteurs en rapport avec le contexte politique et institutionnel
- Compétences pour la PCMA
- Accès aux services de la PCMA
- Accès aux équipement et aux fournitures de la PCMA
- Qualité des services de la PCMA

Pour compléter les informations obtenues lors des visites de terrain et des entretiens et/ou focus group avec les informateurs-clé et les autres personnes ressources, l’équipe a examiné les
documents de politique générale en matière de nutrition, des données sur les performances des programmes et les rapports disponibles. Cet exercice a toutefois souffert du fait qu’à la fin de la revue l’équipe n’avait toujours pas pu obtenir tous les documents et données statistiques demandés.

1.3 DONNEES GENERALES SUR LE NIGER

Le Niger est un pays sahélien enclavé qui est classé au 167ème rang sur une liste qui compte 169 pays pour l’indice de Développement Humain. 69 % de sa population vit en dessous du seuil de pauvreté. À l’instar du reste du Sahel, le Niger a une longue histoire de famines. La famine y est endémique et est caractérisée par des fluctuations saisonnières et une variation géographique. Les régions agro-pastorales dans le sud du pays – notamment dans les régions de Maradi, Zinder et de Tahoua– connaissent constamment des taux élevés de malnutrition. Le climat aride du pays et des sécheresses récurrentes posent des défis à l’agriculture, laissant le Niger dans une situation de déficit alimentaire permanente, avec des régimes alimentaires peu diversifiés. L’accès aux services de base, comme les soins de santé primaires, l’assainissement et l’eau potable, est limité. Le taux d’alphabétisation des adultes n’est que de 30%. Les soins et l’alimentation du nourrisson et du jeune enfant sont inadéquats. Seuls 4% des nourrissons de moins de 6 mois bénéficient d’un allaitement maternel exclusif. L’accès aux services de santé et l’utilisation de ces services pour les enfants de moins de 5 ans se sont améliorés depuis 2006 suite à la mise en œuvre par le GDN de la gratuité des soins de santé pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans. A un an, 80% des enfants étaient complètement vaccinés conformément au calendrier vaccinal recommandé. Toutefois, les fièvres épidémiques de cas de maladies évitables par la vaccination (rougeole, méningites) sont encore souvent observées et la fréquence de maladies hydriques (choléra, shigellose, typhoïde) reste élevée. Les infections respiratoires aiguës et le paludisme demeurent des problèmes de santé publique importants dans le pays.

En novembre 2009, en réponse à une insécurité alimentaire augmentant rapidement et à des taux élevés de malnutrition aiguë globale (MAG), sur l’ensemble du Sahel, les Nations Unies (ONU) ont lancé un appel humanitaire pour la région, y compris le Niger. En décembre 2009, le GDN a manifesté sa préoccupation lorsque l’enquête sur la sécurité alimentaire avait révélé que 7,8 millions de personnes—58, 2 % de la population—étaient exposées au risque d’insécurité alimentaire. En mars 2010, le GDN faisait appel à la communauté internationale lui demandant de lui venir en aide. En avril 2010, répondant à l’appel humanitaire du Sahel, l’ONU a débloqué le plan d’action humanitaire d’urgence pour le Niger dans le cadre duquel le Cluster Nutrition prévoit de renforcer les capacités de prise en charge de la MAG, visant notamment au renforcement des capacités des agents de santé pour qu’ils puissent prendre en charge adéquatement les cas de malnutrition aiguë et générer, compiler et diffuser l’information sur la prise en charge de la malnutrition aiguë parmi les enfants et les femmes enceintes et allaitantes. La PEC-MAM des PVVIH n’est pas discutée dans le présent rapport.


4 http://www.unicef.org/infobycountry/ner_statistics.html
6 Tous les taux de prévalence de la malnutrition aiguë chez les enfants de moins de 5 ans dans ce rapport sont exprimés en z-score du rapport poids pour taille (P/T) et présence d’œdèmes selon les normes de croissance de l’OMS de 2006.
produits de base sont de moins en moins accessibles pour les ménages les plus vulnérables. Les pâturages souffrent de la sécheresse et l’élevage s’en ressent. Les résultats de la production alimentaire et des fourrages de 2009/10 étaient inférieurs de 40% aux niveaux de production moyenne. L’analyse de vulnérabilité dans le Rapport sur la sécurité alimentaire des ménages de mai 2010 constate qu’en moyenne plus de 40% des ménages étaient exposés à une insécurité alimentaire sévère et modérée dans les différentes régions du Niger. Les stratégies pour faire face à la crise adoptées en 2010 sont jugées plus drastiques que lors de la crise de 2005 suggérant un niveau plus élevé de vulnérabilité : troupeaux vaccinés et déplacés plus tôt, familles entières qui émigrent à la place d’un seul membre de la famille, déplacements d’un très grand nombre de personnes vers les zones semi-urbaines et de plus en plus de mendigots dans les rues du Niger.

Le Rapport de l’enquête nutrition et survie des enfants de 6 à 59 mois de juin 2010 indique des taux de prévalence de la MAG et de la MAS chez les enfants de 6 à 59 mois de 16,7 % (15,6–17,9) et de 3,2 % (2,7–3,7) respectivement. Les résultats de l’enquête nutritionnelle de novembre 2010 indiquent que la situation nutritionnelle s’est légèrement améliorée mais pas de manière significative avec des taux de prévalence nationaux de la MAG et de la MAS chez les enfants de 6–59 mois de 15,5 % (14,2–16,8) et de 3,2 % (2,7–3,8), respectivement.12 Les résultats de juin et de novembre 2010 indiquent un net accroissement par rapport aux taux de prévalence nationaux de la MAG et de la MAS de mai 2009 de 12,3 % (11,2–13,4) et 2,1% (1,7–2,5), respectivement. En juin 2010, les régions de Diffa, Maradi, Tahoua et Zinder avaient des taux de prévalence de la MAG au-dessus du seuil d’urgence de 15% de l’OMS avec 22,1%, 19,7%, 15,8%, et 17,8 % respectivement. En novembre 2010, les régions de Maradi, Tahoua et Zinder ont encore des taux de prévalence de la MAG supérieurs au seuil d’urgence de 15% de l’OMS avec 15,5% ; 16,5% et 17,9 % respectivement.

Le système d’information nutritionnelle Scaling Up mis en place pour suivre les tendances hebdomadaires des admissions pour PEC MAS a montré que de Janvier à fin octobre 2010, 330 448 enfants avec MAS ont été admis pour traitement de MAS (semaine 43). La Figure 1 qui illustre la tendance des admissions hebdomadaires pour MAS en 2009 et 2010 confirme la gravité de la situation et montre que le nombre de cas a plus que doublé en 2010 comparativement à 2009.

Figure 1: Admissions hebdomadaires pour la prise en charge de la MAS (1er janvier-31 octobre 2010)
2 Résultats de la revue

2.1 ELEMENTS ESSENTIELS POUR UN ENVIRONNEMENT FAVORABLE A LA PCMA

2.1.1 Leadership du gouvernement et du ministère de la santé


Les institutions chargées de gérer les initiatives de sécurité alimentaire ont été créées en même temps que ces stratégies et programmes. En 1989, le GDN a mis en place le Comité National du Système d’Alerte Précoc et de Gestion des Catastrophes (CNSAP). En 1990, un Secrétariat permanent du CNSAP a été créé. En 2002, le CNSAP est devenu le Dispositif National de Prévention et de Gestion des Crises Alimentaires (DNPAGCA). Le DNPAGCA est géré et supervisé par la Commission mixte de concertation entre l’État et les donateurs (CMC) qui est chargée de la coordination des mesures de sécurité alimentaire au niveau politique. Outre la direction de la CMC, le premier ministre dirige également le Comité restreint de concertation (CRC) qui s’occupe des aspects techniques de la sécurité alimentaire. Le CMC comprend deux entités opérationnelles : la Cellule de Crises Alimentaires (CCA) qui est le secrétariat du CNPGCA, et la Cellule de Coordination du Système d’Alerte Précoc. En 2008, une troisième entité, le Centre d’Information et de Communication (CIC) a été créé avec mission de conseiller la CMC; de formuler et de mettre en œuvre des stratégies d’information, de communication et de plaidoyer ainsi que de compiler et de diffuser l’information sur la sécurité alimentaire et la nutrition. Le DNPAGCA comprend l’Office des Produits Vivriers au Niger qui gère le Stock National de Sécurité (SNS), utilisé dans les périodes de grave crise de sécurité alimentaire. Le SNS compte 110 000 tonnes d’aliments dont 50 000 tonnes sont du sorgho et du mil ainsi que des réserves financières suffisantes pour acheter 60 000 tonnes de plus. S’il ya consensus pour dire que ces institutions sont bien établies, elles ne sont pourtant pas toujours actives. Toutefois, en réponse à la crise nutritionnelle et de sécurité alimentaire de 2010, le CRC et la CMC étaient engagés activement dans le plan de soutien global mis en place par la CCA. L’équipe de la revue n’était pas en mesure de juger de l’efficacité du cadre institutionnel pour la sécurité alimentaire et nutritionnelle. Toutefois, il apparaissait que la nutrition était insuffisamment couverte dans les politiques et stratégies adoptées. Ceci pourrait expliquer la faible coordination et le peu de synergies entre les stratégies et interventions visant l’insécurité alimentaire et celles concernant l’insécurité nutritionnelle.

En 2007, le GDN a adopté la seconde version de la SDRP pour mieux intégrer les Objectifs du Millénaire pour le Développement dans cette stratégie. Cette version inclut également les Stratégies Régionales de Réduction de la Pauvreté. Aussi, la SDRP sert-elle de document de politique de référence couvrant toutes les stratégies du développement, y compris les stratégies de sécurité alimentaire et de nutrition. La SDRP de 2008-2012 compte des stratégies pour mettre en œuvre les volets de la PCMA (prise en charge de la MAS, prise en charge de la MAM et mobilisation

communautaire) qui fixent des objectifs clairs sur l’intégration et l’accessibilité de la PCMA. La SDRP comprend également le Programme spécial du Président (PSP) dont le but est d’élargir l’accès aux services de base pour les personnes vivant dans les zones rurales. Le PSP pose les bases d’un accroissement rapide du nombre et de la couverture du pays en cas de santé (CS). Par ailleurs, il prévoit aussi des soins de santé gratuits pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes et allaitantes (concrétisés depuis 2006) ce qui crée des conditions favorable pour la mise en œuvre et la mise à l’échelle de la PCMA. Malgré les difficultés que rencontre le système de santé dans l’application de ce projet, les enfants admis à la PCMA reçoivent généralement des soins gratuits.

La Direction de Nutrition (DN) est l’une des entités techniques participant à la mise en œuvre de la SDRP.

2.1.2 Leadership technique du ministère de la santé pour la PCMA

Après la crise nutritionnelle de 2005, le rôle de coordination du MSP pour la PCMA a été renforcé et, en 2007, ce rôle a encore été renforcé davantage puisque le Service de la nutrition a été élevé au rang de direction (DN).

En partenariat avec l’UNICEF, l’OMS, le PAM et des partenaires d’exécution (PE des programmes de santé et de nutrition) ainsi que des ONG, la DN a formulé et diffusé des protocoles nationaux pour la PCMA et a renforcé la capacité institutionnelle de la nutrition dont la PCMA dans le pays. Depuis 2007, la DN joue un rôle de plus en plus important en vérifiant l’application des recommandations du MSP en vue d’intégrer la PCMA dans le système de santé national. La DN chapeaute également la coordination, la planification et la mise en œuvre des activités de la PCMA, y compris le renforcement des capacités et du suivi et d’évaluation (S&E). Les membres de la DN font partie du pool national des formateurs en PCMA et de pair avec l’UNICEF, la DN co-présidente le Groupe nutrition (Nutrition Cluster).

Les points focaux de la nutrition au niveau des régions et des districts ne sont pas reliés directement du point de vue administratif à la DN car les activités de nutrition à ces niveaux entrent dans la compétence de la section de la Santé Reproductive (SR). De ce fait, la capité de la DN à superviser les points focaux est limitée. De plus, étant donné qu’en plus de dépendre de la SR, les points focaux nutrition ne font pas partie de l’organe de décision au niveau de la Direction régionale de la santé publique (DRSP) ou de l’Equipe Cadre du District (ECD), leur autonomie de décision est limitée ainsi que leur capacité d’influencer la planification (priorisation) et la mise en œuvre des activités de la PCMA. Il y a consensus parmi tous les acteurs sur le fait que cette situation nécessite d’être solutionnée. Différentes approches sont envisagées pour améliorer la situation, notamment la création d’un programme national pour la nutrition. Ceci permettrait de mettre en place des équipes opérationnelles au niveau national, régional et de district. Tant qu’une solution n’aura pas encore été trouvée, l’absence d’un lien direct entre la DN et les points focaux nutrition, au niveau régional et de district, réduira la capacité de la DN à mettre pleinement en œuvre ses stratégies et plans.

Le rôle assumé par le MSP et la DRSP au niveau de la coordination technique de la PCMA a varié – allant d’un faible rôle à un rôle bien plus conséquent – non seulement dans le temps mais aussi d’une région à une autre. Le MSP et l’UNICEF ont apporté un soutien supplémentaire aux régions prioritaires en ce qui concerne les visites de supervision, l’expertise nutritionnelle et la gestion logistique. Dans tous les cas, ce soutien a été jugé capital pour répondre à la crise nutritionnelle de 2010 et il a permis de tripler le nombre de cas détectés. Dans toutes les régions, la DRSP a organisé les réunions régulières de coordination auxquelles il invite tous les PE. Ces réunions ont essentiellement été utilisées pour coordonner et planifier les activités. Elles n’ont que rarement été utilisées pour échanger des informations et les expériences concernant la mise en œuvre de la PCMA. Il est surprenant que les membres de l’ECD n’aient que rarement assisté à ces réunions de coordination d’autant qu’aucun système n’était mis en place pour partager de manière formelle les comptes rendus de ces réunions avec les ECD ou les points focaux nutrition. Au niveau de l’ECD, la coordination et le leadership dépendaient en grande partie de l’expertise et/ou de la motivation du médecin chef et/ou de sa collaboration avec l’ONG soutenant les activités et de l’importance et/ou qualité de l’assistance de l’ONG.

Bien avant que ne commence la crise nutritionnelle de 2010, l’UNICEF avait déjà un rôle de leader dans la réponse à la situation nutritionnelle, en collaboration avec le MSP, l’OMS, le PAM et les ONG.
Pour la prise en charge de la MAS, l’UNICEF a organisé un soutien renforcé au réseau du centre de récupération et d’éducation nutritionnelle intensive (CRENI) et au centre de récupération et d’éducation nutritionnelle pour la malnutrition aiguë sévère (CRENAS). Dans le cadre des préparatifs pour l’urgence nutritionnelle de 2010, l’UNICEF en tant que chef de file du groupe nutrition et fournisseur de dernier recours a rapidement étendu son champ d’action en prenant les mesures suivantes :

- Renforcement de son équipe régulière à Niamey avec l’addition d’un responsable du S&E et d’un autre spécialiste en nutrition
- Affectation de nutritionnistes pour soutenir ses activités dans trois régions : Maradi, Tahoua, and Zinder (Agadéz est prévu mais un nutritionniste n’y a pas encore été envoyé)
- Affectation de troisi logisticiens à Maradi, Tahoua, et Zinder pour soutenir la DRSP et l’ECD au niveau de la gestion de l’approvisionnement pour éviter les ruptures de stock des fournitures thérapeutiques
- Mise en place du paquet minimum d’interventions pour les ONG souhaitant renforcer la mise en œuvre de la PCMA ou l’amélioration de la qualité des services
- Renforcement du système d’information nutritionnelle
- Renforcement de la capacité de prise en charge de la malnutrition aigue modérée en rendant disponible les Aliments Supplémentaires Prêt à l’Emploi
- Fournitures des aliments thérapeutiques (ATPE, F75, F100) et les médicaments essentiels
- Renforcement de la capacité d’intervention (personnel supplémentaire au niveau de Maradi, Zinder et Tahoua)
- Renforcement de la capacité de prise en charge des cas nécessitant une hospitalisation.
- Amélioration de la logistique pour assurer l’approvisionnement des CSI en temps opportun en se basant sur les réquisitions (besoins exprimés par le district).

L’OMS a participé à la réponse nutritionnelle en fournissant des médicaments essentiels pour la prise en charge de la MAS, en améliorant la qualité de la PEC MAS dans les CRENI et en renforçant le Système national de l’information sanitaire (SNIS) et le Service de programmation et d’information sanitaire (SPIS).

Le PAM, en collaboration avec le Commissariat de sécurité alimentaire (CSA) a fourni un blanket feeding aux enfants de moins de 3 ans et des rations familiales ciblant les groupes vulnérables. Le PAM a également distribué des fournitures pour la prise en charge de la MAM au réseau des centres de réhabilitation et d’éducation nutritionnelle pour la malnutrition aiguë modérée (CRENAM) (site de prise en charge de la MAM) qui pour la plupart bénéficiaient aussi du soutien des ONG nationales et internationales. Dans quelques régions, la collaboration du PAM/CSA a également soutenu les DRSP ou l’ECD qui prenaient en charge la MAM au CRENAM sans appui complémentaire d’ONG.

Le système de coordination du Groupe nutrition qui comprend plus de 40 PE a été activé en février 2010 et il est codirigé par la DN et l’UNICEF. Le Groupe nutrition se rencontre régulièrement. On a également créé différents groupes techniques de travail s’occupant de la cartographie des interventions et du soutien nutritionnels, des nouveaux produits alimentaires et de la qualité de la mise en œuvre de la réponse nutritionnelle.

Belgique/Suisse/Espagne, Save the Children, et World Vision International. Certaines ONG apportent un soutien global à la PCMA et d’autres ne soutiennent que certaines composantes comme la PEC MAS ou la PEC MAM ou alors participent au programme de blanket feeding et de distribution des rations familiales. Certaines ONG pilotent différentes stratégies pour une réponse nutritionnelle renforcée en cas d’urgence avec différentes formes d’aide financière et de soutien alimentaires.

En réponse à la crise nutritionnelle de 2010, un grand nombre d’ONG ont pu accroître leur champ d’action dès le début de la crise alors que d’autres n’ont pu renforcer leur soutien qu’au milieu de la crise. Les types de soutien des ONG étaient variables mais en général ils compléteraient le soutien de la DRSP, de l’ECD et de l’UNICEF. Un paquet minimum d’interventions pour soutenir le réseau des CRENI, CRENAS et CRENAM a été développé et comprenait un soutien pour la gestion logistique des intrants (aliments, équipement et médicaments) pour la PEC MAS et la PEC MAM, transport du et vers les CRENI, formation des agents, supervision, renforcement en personnel, mobilisation communautaire, gestion des remboursements de coûts et le suivi et la notification (rapport). Si les types d’appui des ONG étaient très analogues, leurs ressources et expertise en revanche différaient grandement. Aussi, existait-il une différence significative dans l’échelle et l’ampleur du soutien en fonction de l’ONG et même au sein d’une même ONG, suivant le type et la portée du programme et/ou l’expertise individuelle de celui qui en a la charge. Même si l’intégration de la PEC MAS dans les services de santé de routine est efficace (pas encore pour la PEC MAM, voir discussion sur ce sujet plus bas), le niveau de succès de la mise en œuvre des stratégies variait en fonction de la différence dans le niveau du soutien technique et financier.

L’UNICEF a réussi à obtenir la participation régulière du MSP et des ONG aux réunions du groupe nutrition. Néanmoins, seulement peu d’ONG, ou plutôt les personnes qui les représentent, parviennent à contribuer significativement dans les discussions stratégiques et techniques concernant les interventions nutritionnelles. De plus, malgré des longues années d’expérience dans la PEC MAS ou la MAM au Niger, seule l’expertise technique en rapport avec le traitement a été développée et l’accent n’a pas assez été mis sur les autres aspects comme la planification stratégique. Ceci explique le fait qu’il n’y ait pas encore de plan pour un renforcement durable de l’expertise nationale. Certes, les ONG reçoivent un solide soutien technique pour la PCMA de la part de leur siège mais la connaissance et le savoir-faire ne sont pas toujours bien traduits ou transférés au personnel national. Ceci, aura des conséquences importantes sur la pérennisation des compétences de la PCMA au Niger.

Bien que le système de coordination nationale et régionale de la sécurité alimentaire soit très développé, le système de coordination des activités de nutrition n’a pas encore réussi à tisser des collaborations efficaces avec les organisations et entités multisectorielles nationales qui sont concernées par la sécurité alimentaire. De plus, probablement à cause de la priorité accordée à sauver les vies menacées par l’urgence nutritionnelle de 2010, le système de coordination du Groupe nutrition n’a pas encore réussi à coordonner l’ensemble des acteurs de la Nutrition tant au niveau national qu’au niveau régional. Notamment, il n’a pas encore de coordination entre les acteurs actifs dans l’urgence humanitaire et ceux actifs dans le développement et le long terme et leurs partenaires respectifs, dont les institutions universitaires de formation et de recherche.

2.1.3 Intégration de la PCMA aux politiques et aux plans stratégiques de santé et de nutrition

Tel que mentionné ci-dessus, la PCMA est incluse dans les principaux documents politiques et stratégiques du Niger dont la SDRP 2008-2012 et le PNAN 2007-2015. La PCMA est également intégrée au « paquet » minimum d’activités de santé du MSP. Par ailleurs, tel qu’aussi mentionné ci-dessus, il y a des variations dans le niveau d’intégration et les composantes intégrées. Toutes les activités de la PCMA, y compris les CRENI, CRENAS, CRENAM et l’extension communautaire (sensibilisation et mobilisation communautaire, dépistage communautaire, référence, et visite à domicile) entrent dans la mission du MSP. Dans la plupart des sites visités par l’équipe de la revue, la PEC MAS est effectivement intégrée dans les plans opérationnels du MS aux niveaux suivants : national (DN et hôpitaux nationaux), régional (DRSP et hôpitaux régionaux), district (ECD, hôpitaux de district), centres de santé intégrés (CSI) et CS. Dans certaines régions, PAM/CSA ont commencé à mettre en œuvre la PEC-MAM en collaboration directe avec la DRSP et/ou l’ECD mais il est davantage courant que la PEC-MAM soit une activité menée par les ONG. L’extension
communautaire n'est pas encore menée de façon intégrée au système national de santé du MSP. Il s'agit encore d’une activité essentiellement menée par les ONG.

L’intégration de la PCMA au système national de santé lui confère une certaine viabilité. Cela a permis de former et de renforcer les capacités de dispenser les activités de la PCMA d’un grand nombre d’agents de santé dans le cadre de la mise en échelle de la PCMA. L’adoption de la PCMA qui permet le traitement ambulatoire au niveau des structures sanitaires périphériques des enfants avec MAS sans complications médicales qui en général sont proportionnellement plus nombreux, a facilité la mise en échelle.

Les initiatives locales suivantes nous montrent comment les autorités locales et les communautés ont le potentiel de contribuer à la réussite de l’intégration et à la pérennisation de la PCMA.

- Dans certains districts et CSI, la communauté a mis en place un système de financement local pour couvrir les frais de transport des enfants référés pour la PCMA en ajoutant une taxe aux frais de consultation (appelé « le centime supplémentaire »). De cette manière, la communauté finance et gère les transports pour tous les enfants avec MAS qui doivent être référés vers le CRENI de l’hôpital qui est généralement éloigné de la communauté.

- Certaines autorités locales (maires) utilisent le PSP pour renforcer la capacité en ressources humaines aux niveaux de CSI et de la CS pour compenser le fait que le MSP a arrêté de recruter de nouveaux agents de santé. Ces fonds sont utilisés pour recruter des infirmiers pour les CS. La mise en place d’infirmiers de la CS permettra de décentraliser davantage la PEC MAS en autorisant la PEC au niveau des CS des cas de MAS sans complications. Ceci diminuera le nombre de cas de MAS prise en charge au niveau du CSI, encouragera la mère ou autre personne qui s’occupe de l’enfant à venir consulter en temps opportun, favorisant ainsi la réduction du nombre de décès et de références vers le CRENI.

- Une plus grande adhésion à la politique de gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans promu par le GDN et la mise en place d’un système de prise en charge des frais de transport, ont réduit les barrières financières à l’accès aux services de la PCMA.

Le processus d’intégration de la PCMA au système national de santé a rencontré des défis de taille, dont les suivants :

- La position politique de certains gouvernements antérieurs a eu un impact négatif sur la mise en œuvre de la PCMA. Le GDN n’a pas encore avalisé officiellement tous les documents politiques et stratégiques concernant la nutrition et, par conséquent, le risque de perdre les avancées engrangées récemment dans le secteur de la nutrition persiste.

- La plupart des établissements de santé connaissent des pénuries de personnel et se trouvent dans l’incapacité de prendre en charge un nombre élevé de cas de MAS. Lors de la crise nutritionnelle en cours au moment de la revue, le paquet d’appui des agences onusiennes (UNICEF, PAM, OMS) et des ONG pour l’amélioration de la réponse à la crise nutritionnelle comprenait le renforcement en personnel. Elles ont recruté et secondé des infirmiers et des aides nutritionnistes pour une période de 6 à 12 mois. (Malgré l’insuffisance de personnel dans les structures sanitaires d’affectation, la majorité du personnel recruté temporairement s’est bien intégré dans les équipes de soins et a positivement contribué à l’amélioration de l’accessibilité et de la qualité des soins dispensés dans ces structures sanitaires).

- Le nombre élevé de cas et la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans souffrant de MAS augmentent la vulnérabilité du système de santé national qui repose sur un système de recouvrement des coûts déjà peu performant. Au moment de la revue, les partenaires du développement, y compris les agences des Nations Unies et les ONG, compensaient la perte de revenue due à la prise en charge de la MAS en faisant des donations en médicaments essentiels. Ceci se faisait dans le cadre de la réponse à la crise alimentaire et nutritionnelle en cours. Il est peu probable que la gratuite des soins pour les enfants de moins de 5 ans avec MAS puisse être maintenue lorsqu’il n’y aura plus ces donations.

- Pour encourager les mères à accepter la référence au CRENI, certaines ONG ont mis en place un système d’incitation en argent pour couvrir les frais de la référence et la contre-référence. Ces initiatives créent de mauvais antécédents car il sera par la suite difficile de
remplacer ces systèmes par des approches plus pérennes comme celle décrite plus haut où les communautés utilisent leurs propres ressources pour couvrir les frais de transport.

- L’absence d’un réseau formel d’agents de santé communautaire (ASC) faisant un dépistage actif de cas dans la communauté ainsi que les références fragilise le processus d’intégration de la PCMA car cela augmente le nombre d’enfants avec MAS se présentant tardivement et ayant besoin de soins hospitaliers, augmentant encore la charge de travail d’un personnel déjà surchargé. L’absence d’ASC limite également la capacité à rechercher les absents et les abandonns et à assurer le suivi des cas à problèmes (par exemple, les enfants avec MAS qui ne répondent pas bien au traitement), augmentant ainsi les taux d’abandon.

- La différence dans la façon de collecter les données pour « Scaling Up », un système national de surveillance hebdomadaire des admissions et du total des enfants sous traitement pour MA et le système national de rapport sur les Maladies à déclaration obligatoire (MDO), un système national rapportant sur l’incidence de la MA affecte négativement la qualité des statistiques disponibles (inexactitude de la notification, compréhension des différences dans les variables), l’estimation de la couverture et la possibilité d’intégrer les deux systèmes.

- Le fait que le stock de rations d’aliment thérapeutique prêt à l’emploi (ATPE) de certains enfants avec MAS, reçu pour le traitement de la MAS, est vendu pour augmenter les revenus familiaux, est une sérieuse préoccupation. Ces enfants deviennent involontairement une source de revenus. Si ce phénomène n’était pas vite contrôlé, la confiance des donateurs baisserait et avec l’inflation de la malnutrition due à des statistiques faussées par l’amplification de ce phénomène, cela entraînerait des ruptures des stocks en ATPE. Cela pourrait aussi affecter négativement la performance de la PCMA car les enfants avec MAS sont privés d’un traitement nécessaire. L’équipe de la revue a entendu parler de cas, encore anecdotiques, illustratifs des conséquences néfastes de ce phénomène.

2.1.4 Plaidoyer pour la PCMA

Les crises récurrentes de sécurité alimentaire et de nutrition au Niger ont fait ressortir la nécessité de renforcer les ressources pour la PCMA et elles ont ainsi aidé à réhaussier l’intérêt et renforcer le soutien pour la PCMA. Le caractère très visible de la crise de 2010, le degré d’ouverture du gouvernement actuel et le solide soutien des PE renforcent plus que jamais les chances pour le GDN de réussir à adopter les avant-projets de politiques et de stratégies et d’arriver au lancement officiel.

2.1.5 Directives nationales pour la PCMA


Le protocole national a été revu en août 2007 et en juin et décembre 2009, pour entre autres intégrer le passage aux nouvelles normes de croissance de l’enfant de l’OMS de 2006 (normes OMS) et la
déclaration conjointe des organismes des Nations Unies, spécifiant où, quand et comment traiter les différents types de malnutrition aiguë. De plus, le protocole national revu a donné l’opportunité au GDN de pousser vers l’intégration immédiate de la PCMA dans le système national de santé à l’échelle nationale, notamment dans tous les hôpitaux et CSI. Certaines de ces révisions ont été faites un peu à la hâte et certaines insuffisances des anciennes versions n’ont pas été corrigées. Toutefois, les insuffisances résiduelles ont progressivement été identifiées tout au long de la mise œuvre et c’est en vue de les corriger qu’une nouvelle révision du protocole national est prévue pour 2011. Parmi les points à revoir on peut citer:

- Le périmètre brachial (PB) est reconnu comme indicateur indépendant de la malnutrition aiguë pour l’admission mais son utilisation n’est pas suffisamment encouragée. Une lettre de la DN datée d’août 2010 a essayé d’y remédier mais les instructions étaient incomplètes et ont été mal comprises au niveau du terrain.
- Tous les cas avec œdèmes légers ou modérés sont référés vers la prise en charge hospitalière, peu importe que l’enfant soit cliniquement bien portant et alerte et/ou passe le test d’appétit avec succès.
- Le seuil de taille de 65 cm est utilisé pour estimer l’âge pour l’admission avec l’utilisation du PB, au lieu d’utiliser l’âge standard de 6 mois. Cette utilisation exclut de la prise en charge les nourrissons de plus de 6 mois avec retard de croissance staturale. De plus, la limite de 6 mois est un repère essentiel pour la prise en charge optimale des nourrissons notamment pour décider entre la promotion et le soutien de l’allaitement maternel exclusif et le soutien pour l’introduction d’aliments de complément plus denses en nutriments, pour le choix du schéma de l’administration de la vitamine A, pour juger de la maturité des réflexes de déglutition permettant d’ingérer les aliments semi-solides comme l’ATPE.
- Une contre-référence en temps opportun vers les soins ambulatoires après la stabilisation n’est pas suffisamment encouragée augmentant ainsi les risques dus à l’hospitalisation prolongée pour l’enfant et pour la structure hospitalière. (risque accru d’infections nosocomiales, maintien d’un nombre élevé de patients et donc surcharge de travail avec perte possible dans la qualité des soins hospitaliers).
- Les critères de référence de la PEC MAS à la PEC MAM, là où coexistent les 2 composantes de la PCMA sont incorrects et peuvent augmenter les risques de rechute ou de décès.
- L’importance de la mobilisation communautaire et du dépistage communautaire précoce et massif de la malnutrition aiguë est soulignée mais la stratégie du volet soutien aux activités de mobilisation, sensibilisation et dépistage communautaire est encore insuffisamment développée.
- Il n’existe pas de section sur le suivi et rapport
- Il n’existe pas de jeu complet et standardisé d’aides de travail.

2.1.6 Banque de données et répertoire national pour la PCMA

Depuis 2005, le MSP intègre l’information sur la malnutrition aiguë dans son système hebdomadaire national de surveillance épidémiologique de la santé en intégrant la malnutrition aiguë dans la liste des MDO. Chaque semaine, chaque établissement de santé présente un rapport des MDO qui donne une information sur le nombre de cas de MAM et de MAS diagnostiqués et le nombre de décès imputables à la MAM et à la MAS. Le SNIS et le SPIS, qui sont décentralisés jusqu’au niveau de l’ECD, gèrent conjointement les MDO.

En plus du SNIS et du SPIS, il existe deux autres systèmes utilisés pour la notification de la MAS: le Scaling Up mis en place en 2007 et un système mensuel de suivi et de notification des activités de la PCMA mis en place en 2005. Le Scaling Up apporte une information hebdomadaire sur les nombres de cas de MAS et de MAM en cours de traitement, ce qui en fait un excellent outil pour évaluer les tendances dans la prévalence et l’incidence ainsi que pour la planification des ressources, surtout

pendant les saisons de soudure et/ou de crises nutritionnelles, périodes au cours desquelles le nombre de cas peut fluctuer grandement. Les rapports statistiques mensuels de la PCMA informent sur la qualité et la performance de la PEC MAS et de la PEC MAM. Il existe également un autre système national de suivi et de notification de la PEC MAM. Toutefois, la couverture géographique et la supervision pour la PEC MAM sont très limitées et par conséquent, les données sont biaisées et n’ont pas été analysées par l’équipe de revue.

2.1.7 Appui technique pour la PCMA

Certes, il existe une expertise technique de la PEC MAS et de la PEC MAM suffisante au Niger mais il n’existe pas de système qui organise l’expertise technique spécifique à la PCMA et la met au service du renforcement continu de la capacité institutionnelle, de l’amélioration de la qualité de la PEC MAS et de la PEC MAM, de l’assimilation et de l’institutionnalisation des leçons apprises dans le pays au cours de la mise œuvre, de documenter et de partager les connaissances acquises au niveau opérationnel, et/ou de guider les stratégies d’adaptations et les orientations futures. Certes, il existe des équipes techniques de formateurs aux niveaux national, régional et de district mais aucun des formateurs n’a suivi de formation spécifique sur l’animation de la formation à la PCMA et un grand nombre de ces personnes n’ont pas d’expérience de l’organisation, de la mise en œuvre ou de la prise en charge des cas de MAS, et manquent donc de compétences pour apporter des solutions aux problèmes que rencontrent les acteurs de terrain.

2.1.8 Responsabilisation des agents de santé

Au moment de la revue, il n’existait pas de système formel pour évaluer les performances du personnel, y compris celles des agents de santé aussi bien techniques qu’administratifs. Par contre, l’équipe de la revue a rencontré des médecins et des infirmiers extrêmement motivés. Lors des entretiens, ces professionnels ont indiqué qu’une amélioration rapide et significative de la santé et de l’état nutritionnel de la majorité des enfants était leur principal facteur de motivation.

2.1.9 Durabilité du financement

La stratégie du GDN en vue de pérenniser le financement pour la nutrition, n’était pas claire. Malgré le fait que le PNAN, document principal de stratégie et de plaidoyer du GDN, a budgété une modeste somme de 3,37 millions de dollars américains sur une période de 9 ans (2007-2015) pour toutes les activités liées à la PCMA (y compris des activités en communautés et la formation des ASC et volontaires), rien n’a montré que le GDN a pris des initiatives pour obtenir des financements ou financer lui-même le PNAN. A l’heure actuelle, exception faite des salaires des employés du MSP (personnel de la DN et points focaux régionaux et de district), le financement de la PCMA dépend entièrement des donateurs externes. La sous-estimation importante des moyens requis pour toutes les activités liées à la PCMA crée un déficit en ressources. L’équipe de la revue a appris que si le budget national de la prochaine année octroie des fonds aux activités de la DN, le montant ne couvre probablement que quelques produits nutritionnels essentiels.

Les organismes des Nations Unies et les ONG ont pu mobiliser un financement suffisant pour répondre à la crise nutritionnelle actuelle et étendre à plus grande échelle les activités de la PCMA, dont l’achat d’une quantité suffisante d’aliment thérapeutique pour le traitement de la MA et les aliments supplémentaires pour le blanket feeding, l’expansion des systèmes de surveillance et de suivi nutritionnels, le recrutement d’agents de santé temporaires pour augmenter les capacités en ressources humaines, le renforcement des compétences du personnel de santé nouvellement recruté sur l’utilisation du protocole national et la mise en place des activités communautaires (mobilisation communautaire, recherche active de cas et références).

2.1.10 Gratuité des soins pour les enfants avec MAS

Les soins de santé pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes sont gratuits au Niger. Pour les autres cas, le système de recouvrement des coûts de l’Initiative de Bamako est appliqué et les membres de la famille doivent participer aux coûts des soins de santé. Par ailleurs, le système des soins gratuits pour les enfants de moins de 5 ans ne fonctionne pas bien. Par exemple, depuis 2009, des remboursements de coûts pour seulement deux mois de services ont été reçus du programme se chargeant du remboursement des structures sanitaires pour les coûts engagés pour
les soins des populations exemptées. De fait, au moment de la revue, le traitement gratuit de la MAS et de la MAM dépendait essentiellement du soutien de l’UNICEF, de l’OMS et des ONG qui approvisionnaient gratuitement en ATPE et médicaments pour le traitement systématique via un système parallèle d’approvisionnement. A plusieurs occasions, on a signalé que les médicaments comme les antipaludéens avaient dû être obtenus auprès de pharmacies privées et payés par les parents à cause de ruptures de stocks ou de retard dans l’approvisionnement. On ne connaît pas bien la situation concernant l’accès aux fournitures dans les districts qui ne sont pas soutenus par les ONG et où l’UNICEF soutien directement l’ECD pour la mise en œuvre. Mais plusieurs exemples rapportés ont fait ressortir l’existence de quelques faiblesses dans le flux de l’approvisionnement qui fréquemment occasionnaient des ruptures de stock même pendant période de crise et de soudure de 2010.

2.2 COMPETENCES POUR LA PCMA

2.2.1 Formation continue et supervision formative

Avant 2007, seuls les responsables, nationaux et internationaux, et les prestataires de santé travaillant avec quelques ONG dans des endroits spécifiques possédaient une expérience en matière de PCMA. Aussi, l'expertise restait-elle limitée et se situait à l'extérieur du système national de santé. Cette situation a changé en 2007 lorsqu’une formation en cascade a été réalisée et suivie en 2009 par un recyclage portant sur le protocole national révisé. Les formations réalisées au niveau national visaient les éminents cliniciens et scientifiques, ce qui la limitait de fait à un transfert de connaissances hautement spécialisées sur la PEC MAS abordant essentiellement la physiopathologie de la MAS et le traitement des complications médicales sans renforcer ni les compétences en matière de traitement ni les aptitudes pédagogiques pour la facilitation des formations. Ces formations étaient suivies, par la mise en place par région et par district des équipes de formateurs comprenant des cliniciens expérimentés et des points focaux nutrition. Ces équipes avaient, à leur tour, la mission d’assurer la formation des cliniciens opérant au niveau de la périphérie. Le protocole national était l’outil principal pour les formations. Les formateurs ne recevaient pas de matériel didactique élaboré et standardisé et certains n’avaient pas d’expérience pratique de PEC de MA (MAS ou MAM) ou de gestion des programmes de PEC de la MA réduisant ainsi leur capacité à faire des supervisions formatives efficaces et à apporter des solutions aux problèmes pratiques rencontrés par les prestataires. Ces formations n’ont pas utilisé l’approche et les outils normalement utilisés pour la formation des formateurs. Néanmoins, quelques formateurs provenaient du monde académique (institutions de formation des médecins ou d’infirmiers)

L’approche de formation en cascade a permis de former un grand nombre de gestionnaires des programmes ou des structures de soins et des prestataires des soins à un coût raisonnable tout en permettant le renforcement du sentiment d’appropriation et de maîtrise du processus de formation du MSP. Bien que l’efficacité réelle de la formation en cascade reste inconnue, un nombre important de formateurs, de superviseurs et de prestataires des soins a été formé. En attendant que l’efficacité de l’approche de formation en cascade soit évaluée, il faut noter que le personnel de santé a souligné l’importance des supervisions formatives et de l’encadrement continu sur les lieux du travail. À leur avis, ceci est fait bien que ce ne soit pas toujours d’une manière quantitativement et qualitativement satisfaisante. Notamment, il arrive parfois que le type de supervision formative ne soit pas adapté aux besoins. La différence dans la qualité des soins fournis dans les sites appuyés par les ONG et les autres sites a confirmé ce besoin. Les équipes des formateurs n’attachaient qu’une attention limitée à la PEC MAM.

L’équipe de la revue n’a pas trouvé de preuve de l’existence d’une stratégie globale de renforcement des compétences. Toutefois, des séances de recyclage font partie du plan d’action annuel de la DRSP, des ECD et de l’UNICEF et les plans de formation sont en cours de réalisation et de nombreuses formations planifiées ont été faites. Le suivi des participants et l’encadrement sur les lieux du travail n’étaient pas inscrits dans les plans et les stratégies de renforcement des compétences précédents et ne font pas partie des plans et stratégies actuels, sauf dans les districts sanitaires et les structures recevant l’appui d’une ONG. De plus, jusqu’à présent, les formations ne s’appuient pas sur des modules et des outils pour formateurs et participants standardisés et le contenu n’a pas encore été adapté aux différents niveaux des prestataires de soins et des tâches spécifiques en fonction de leur position dans la pyramide du système de PEC MAS ou de PEC MAM. Enfin, des sessions de recyclages n’ont pas été organisées systématiquement après les révisions du protocole national, d’où
un manque de constance dans l’application des changements, ce qui a affecté la qualité des soins et l’observance des révisions récentes du protocole national.

La couverture de la formation continue était bonne dans les sites appuyés par les ONG qui ont été visités par l’équipe de revue. La majorité des agents de santé avaient suivi une ou plusieurs formations. Dans certains sites, les infirmiers nouvellement recrutés participant à la PEC MAS ont reçu une formation sur le tas de leurs collègues formés. Sur d’autres sites, la formation était limitée à quelques agents de santé de l’établissement, limitant ainsi la possibilité de rotation du personnel et augmentant le risque d’interruption des services de la PCMA si les membres formés sont absents ou partent. Ce risque doit être pris en compte dans les régions où la PCMA est à peine intégrée dans le système de soins de santé et où la PCMA est réalisée par des infirmiers recrutés temporairement.

Au vu du nombre élevé de cas et de la pénurie de personnel dans la plupart des CRENAS et CSI, les assistants nutritionnels et les bénévoles communautaires s’occupaient de tâches pour lesquelles ils n’avaient pas reçu de formation formelle, notamment l’interprétation du z-score du rapport poids pour taille (P/T) et la classification de la malnutrition aiguë.

2.2.2 Formation de base

En général, la nutrition n’est pas bien couverte dans le programme de formation des professionnels de la santé. Pour la PEC MAS, la plupart des établissements d’enseignement font un cours théorique limité de 4 heures sur la prise en charge de la malnutrition aiguë sans séances pratiques ou stages. Toutefois, la situation est en train de s’améliorer puisque certains établissements de santé ont inclus récemment ou prévoient d’inclure la PEC MAS à leur programme de formation. Par exemple, les nutritionnistes qui sont sortis récemment de l’Institut de santé publique (ISP) ont indiqué qu’ils avaient suivi un module de 60 heures sur la prise en charge de la malnutrition aiguë. Une révision du programme de formation pour les professionnels de la santé est prévue et, dans le cadre de la première étape, le MSP/DN avec le soutien des partenaires, dont l’OMS, l’UNICEF, HKI et des établissements d’enseignement ont remis sur pied le groupe de travail sur le développement des programmes et modules de formation. Ce groupe guidera le processus d’intégration de la nutrition dans les programmes de formation des médecins, des infirmiers, des sages-femmes et des nutritionnistes. Cependant, il n’est pas prévu de consulter des experts internationaux dans la région ou de s’inspirer des expériences d’autres pays de la région qui sont passés par un processus analogue, par exemple la Mauritanie, ni de s’appuyer ou de renforcer des activités analogues qui sont en cours dans la région.

Au vu des déficiences dans la formation de base concernant cet aspect, une ONG qui avait un financement de donateurs réservé à des fins spéciales, avait décidé d’organiser un cours de formation consacré uniquement à la PEC MAS pour 15 médecins nouvellement diplômés. Le cours comprenait 2 semaines de cours théorique sur la PEC MAS et de deux mois de formation pratique et d’encadrement dans un site PEC MAS hospitalier ayant un CRENI dispensant des soins de qualité. Les 15 médecins qui ont achevé la formation ont tous été recrutés immédiatement par l’ONG. Cela nous montre qu’il existe un grand nombre de médecins non employés ou sous-employés qui sont intéressés par une formation supplémentaire portant sur la PEC MAS et qu’il est donc nécessaire de renforcer la formation à la PEC MAS pendant la formation de base.

2.2.3 Sites d’apprentissage, visites d’apprentissage et stages

Certaines ONG et des instituts gouvernementaux envoient leurs cliniciens ou nutritionnistes en stage d’une à deux semaines aux deux CRENI de Zinder soutenus par MSF/Suisse. Les deux centres sont jugés des centres nationaux d’excellence pour les soins hospitaliers et fonctionnent comme des sites d’apprentissage et de perfectionnement. Ces CRENI ont mis en place un système formation continue avec un personnel qualifié et chevronné qui encadre et apporte une formation sur le tas aux stagiaires avec diverses formations de base. Ce système se concentre sur le renforcement des compétences cliniques en matière de PEC MAS et les compétences de gestion du CRENI.

On ne sait si ces CRENI continueront de fonctionner comme sites d’apprentissage dans le long terme, car ils demandent énormément de ressources et fonctionnent parallèlement au système national de santé et le MSP n’a pas l’intention de faire de ces CRENI des sites officiels de formation. (Certes, ces
CRENI constituent d’excellents sites d’apprentissage pour l’amélioration des compétences cliniques mais le fonctionnement en parallèle du système national qui diffère de celui recommandé peut entraîner une confusion chez les stagiaires et aussi la pérennisation de ce modèle de fonctionnement est difficile compte tenu de réalités locales. Malheureusement, le MSP n’a pas encore non plus de projet pour identifier des sites de formation continue pour la PCMA spécialement la composante PEC MAS ambulatoire. L’équipe de revue a identifié plusieurs sites qui pourraient servir de site d’apprentissage.

2.2.4 Echange d’informations entre collègues et forums d’apprentissage interactif

Rien n’est prévu pour permettre aux gestionnaires des services de santé et aux prestataires de soins y compris les nutritionnistes du MSP de saisir les opportunités existantes pour approfondir leurs connaissances et s’inspirer de l’expérience d’autres pays qui ont efficacement intégré et mis en échelle la PCMA dans leur système national de santé. Même si on peut se demander dans quelle mesure ces réunions constituent une occasion pour apprendre, les rares opportunités d’apprentissage restent limitées au personnel du MSP et au personnel des ONG du niveau national qui participent à des réunions de mise au point technique et de coordination nationale. Néanmoins, il était encourageant d’apprendre que certains responsables du MSP participeront en décembre 2010 à une réunion de revue de la PCMA au niveau régional de l’Afrique de l’Ouest.


La plupart des responsables des services de la santé du MSP rencontrés, les prestataires de soins et les points focaux nutrition au niveau régional et de district ont un accès limité voire aucun accès du tout à l’information et aux publications en rapport avec la PCMA qui pourraient les renseigner sur les preuves scientifiques, l’actualité scientifique et en matière de directives, les pratiques prometteuses, les solutions apportées aux problèmes rencontrés dans la mise œuvre ailleurs, ou l’enseignement tiré des expériences d’autres pays. De fait, des acteurs clés n’avaient pas la connaissance des directives internationales sur l’utilisation du périmètre brachial notamment les déclarations conjointes des organismes des Nation Unies dont l’OMS de 2007 et 200915, 16, ni des sites web donnant des informations pertinentes ni des groupes de discussion interactive (par exemple, l’Equipe spéciale internationale de malnutrition (http://imtf.org), EN-Net (http://www.en-net.org.uk)), ni de revues (e.g., Field Exchange (http://www.ennonline.net/fex) qui offrent toute une gamme de soutien technique aux organisations mettant en œuvre la PCMA sur le terrain. (Remarque: La majeure partie de cette information n’est disponible qu’en anglais.)

2.2.5 Recherche opérationnelle

Plusieurs projets de recherche opérationnelle étaient en cours au moment de la visite de revue. La recherche opérationnelle portait essentiellement sur l’impact du blanket feeding avec Plumpy’doz15 ou avec un mélange amélioré maïs-soja (CSB+, fortifié avec des micronutriments améliorés), des transferts monétaires et des rations familiales ciblées pendant la période de famine pour les enfants de 6–35 mois sur l’incidence de la malnutrition aiguë. L’équipe de revue a identifié plusieurs autres possibilités de recherche opérationnelle (voir Section 3, Conclusions).

2.2.6 Développement d'une expertise nationale de haut niveau

Tel que mentionné à la Section 2.2.1, l'expertise nationale pour la PEC MAS au Niger est en train de se développer rapidement et le pays compte plusieurs formateurs qualifiés et un grand nombre de partenaires de la mise en œuvre avec une bonne expérience de PCMA. Toutefois, tout en reconnaissant qu'ils ont atteint un certain niveau d’expertise, un grand nombre des formateurs, gestionnaires et prestataires de soins, ont indiqué qu’il leur fallait encore davantage de soutien et de formation. A leur avis, ils avaient acquis l’expérience pratique soit dans le cadre de la formation soit dans la mise en œuvre de la PCMA mais il leur fallait encore apprendre davantage pour devenir des experts de «classe mondiale» en matière de prise en charge, de supervision et de tutorat. Les domaines nécessitant du renforcement de compétences sont ceux de la connaissance générale en nutrition pour une meilleure compréhension des principes de prévention et de traitement qui sont jugés les préalables, tant pour identifier les points forts et les limitations des programmes que pour proposer des changements dans la stratégie de mise en œuvre aux fins de l’adapter au contexte du Niger. Ils pensaient qu’un approfondissement des connaissances sur la prévention et le traitement de la MA renforcerait les compétences pour une supervision formative de qualité. Obtenir des bourses d’études pour suivre des programmes de maîtrise en nutrition dans des institutions africaines était un autre moyen de renforcer l’expertise nationale.

Malheureusement la durée de la revue n’a pas permis à l’équipe de la revue de s’entretenir avec tous les acteurs et d’obtenir une vue d’ensemble précise de l’expertise locale en matière de PEC MAS. L’équipe n’en pense pas moins que le pays aurait tout à gagner d’un soutien d’experts internationaux supplémentaire pour renforcer sa capacité à gérer et mener à bien et avec confiance les activités principales permettant d’améliorer davantage l’environnement politique, les compétences et la qualité de la PCMA. Les exemples d’activités qui bénéficieraient de l’apport d’expertise internationale sont la révision du protocole national, le développement ou la révision des modules de formation pour la formation de base et la formation continue, la révision du système de suivi et de rapport et la conception du système d’amélioration de la qualité (AQ).

2.3 ACCES AUX SERVICES DE LA PCMA

2.3.1 Mise en œuvre initiale et expansion à grande échelle des services de la PCMA

L’approche de la PCMA a été pilotée à petite échelle par une ONG internationale dans la région de Maradi. En réponse à la crise nutritionnelle de 2005, certaines ONG ont introduit la PCMA alors que d’autres ont suivi l’approche hospitalière qui préconise une hospitalisation jusqu’à la récupération nutritionnelle complète. Parallèlement, le MSP avec le soutien de l’UNICEF, au cours de la même période, a d’abord cherché à intégrer et à augmenter progressivement le nombre des structures de prise en charge hospitalières (CRENI). Le protocole national pour la PEC MAS de 2005 officiellement avalisé et publié, promulgué par le MSP en 2006 reflétait cette préférence pour l’approche hospitalière de la prise en charge.

En 2006, le Niger comptait 330 CRENI/CRENAS et 619 CRENAM, soutenus par les ONG. En mai 2010, au début de la crise nutritionnelle de 2010, il y avait 50 CRENI et 762 CRENAS dont 40% étaient soutenus par des ONG et 450 CRENAS. Le nombre des CRENAS va encore augmenter car de plus en plus de districts et de PE décentralisent le réseau de CRENAS au niveau de la CS. Si la continuation de l’augmentation du nombre de CRENAS est une certitude, il n’y avait pas de preuve que celle-ci est ou sera couplée à un plan pour renforcer les équipes du niveaux national, régional et de district afin qu’elles assurent des supervisions formatives régulières et de qualité pour maintenir ou améliorer la qualité de la PEC MAS.

Dès 2007, le MSP avec le soutien de l’UNICEF et des ONG mise en échelle a décentralisé la PCMA notamment la PEC MAS ambulatoire en intégrant les CRENAS aux CSI. La mise en échelle a bénéficié d’un soutien notable des ONG qui avaient une grande expérience et expertise de la PCMA accumulées dans d’autres pays. Avant la dynamique d’intégration de 2007 de la PEC MAS et de la PEC MAM au système national de santé, les ONG appliquaient parallèlement l’approche hospitalière et l’approche PCMA.

---

En général en 2010, la couverture géographique en CRENI et CRENAS (PEC MAS) était bonne par contre celle en CRENAM (PEC MAM) était faible. Le nombre de partenaires soutenant la PEC MAS et la PEC MAM est relativement limité pour soutenir et pour couvrir les besoins en appui technique et logistique de l’ensemble du pays. Seulement, la moitié des structures sanitaires bénéficiaient d’un appui technique et logistique des ONG. Le MSP et CSA avec le soutien de l’UNICEF et du PAM ont mis en place un dispositif exceptionnel leur permettant d’appuyer plus intensivement les structures sanitaires non appuyées par des ONG pendant la période de soudure de 2010. Il était prévu que le même dispositif serait appliqué en 2011.

En 2010, tous les hôpitaux régionaux et de district avaient un CRENI ou la PEC MAS hospitalière pour la MAS avec complications médicales, y compris tous les cas d’œdèmes. Tous les CSI avaient un CRENAS pour la PEC ambulatoire des cas de MAS sans complications médicales, et dans la plupart des cas un CRENAM pour la PEC de MAM. Les CS avaient généralement un CRENAM mais certaines avaient également un CRENAS si la CS avait un infirmier ou un ASC formé et que les produits thérapeutiques étaient disponibles. Les CS ont fait un dépistage actif et régulier des enfants souffrant de malnutrition aiguë dans leurs services de santé et dans les services d’extension dans les communautés. La participation des CS aux activités de la PCMA (CRENAS, CRENAM et dépistage communautaire actif et régulier) varie grandement et dépend presque entièrement du soutien des ONG. Le fait que le MSP a approuvé la décentralisation des CRENAS au niveau de la CS en 2010 est une bonne stratégie pour augmenter l’accessibilité et la couverture si le MSP arrive à surmonter le défi que représente l’approvisionnement en produits et fournitures nécessaires les 2000 CS du pays.

2.3.2 Extension communautaire pour la sensibilisation et la mobilisation de la communauté, le dépistage communautaire, référence, et visite à domicile.

Les DRSP et les ECD ont un service de communication et de sensibilisation pour la santé (communicateurs) responsables de l’éducation sanitaire et nutritionnelle et de la communication pour le changement social et de comportement (CCSC). Néanmoins, le service n’a pas de ramifications dans les communautés. Par conséquent, les activités servant au dépistage précoce de la malnutrition aiguë et la référence au traitement ainsi que le suivi à domicile notamment des non-répondants, des absents et des abandons, sont réalisées soit par un réseau parallèle de relais communautaires bénévoles (qui néanmoins reçoivent souvent des incitations sous forme financière ou autres ou de manière périodique et temporaire une prime journalière), déployés par les ONG soit au cours des activités en stratégie avancée ou périodiquement lors des campagnes sanitaires.

Le niveau le plus bas de la mise en œuvre de la PCMA, le niveau communautaire est la CS. Les CS comptent généralement un ASC qui a suivi une formation de santé de base de 6 à 12 mois. Dans la pratique, certaines CS fonctionnent comme des CSI avancés et sont davantage axées sur les soins curatifs et c’est la raison pour laquelle, dans un grand nombre d’entre elles, les ASC sont progressivement remplacés par des infirmiers. Pour la PCMA, la CS est en charge de conduire en routine des dépistages actifs de la malnutrition aiguë, mais ce dispositif était peu fonctionnel. Par conséquent, au moment de la revue, la mise en œuvre du volet communautaire de la PCMA rencontrait des nombreux défis. Néanmoins, la situation était meilleure pour les districts appuyés par des PE dotés d’une solide capacité institutionnelle et de l’expérience de la mise en œuvre des composantes communautaires des programmes de santé en travaillant avec des ASC et des relais communautaires.

Au moment de la revue, seuls quelques programmes de la PCMA disposaient d’un réseau de relais communautaires (ASC ou relais communautaires) réalisant en routine la mobilisation communautaire, le dépistage des cas et leur référence. Mais un grand nombre de CSI et CS avaient un Comité de Gestion (COGES) dont les membres apportaient un soutien aux infirmiers au niveau de la structure sanitaire lors des activités de PCMA. En outre, certains des programmes PCMA qui disposaient d’un volet communautaire fonctionnel ayant des relais communautaires actifs, avaient seulement mis en place ce volet pendant la période de crise nutritionnelle, liant ainsi ce volet à une période de crise. Ce type de lien et d’approche pourrait mener à des prises de décisions et à des pratiques qui risquent de nuire aux programmes à long terme du MSP ou des ONG utilisant des relais communautaires. La liste suivante donne des exemples des pratiques pouvant avoir des effets secondaires nuisibles:

- Mise en place d’un réseau parallèle de relais communautaires pour la PCMA dans des régions où il existe déjà un réseau de relais engagé dans la mise en place des activités communautaires des programmes sanitaires à long terme.
Octroi d’incitations financières faisant que les relais communautaires pour la PCMA du réseau parallèle gagnent davantage que les relais communautaires plus ou moins permanents.

Recrutement des relais communautaire à l’extérieur des communautés qui seront desservies

Pour la crise nutritionnelle actuelle de 2010, l’absence d’une stratégie nationale pour le volet communautaire pour la malnutrition aiguë est compensée temporairement par l’utilisation de différentes stratégies pour le dépistage actif, spécifiques aux contextes et aux organisations. Parmi les stratégies utilisées par les ONG, on peut citer les suivantes :

- Organiser le dépistage actif en mettant en place temporairement des équipes mobiles qui réalisent les dépistages tous les quinze jours ou mensuellement.
- Intégrer le dépistage actif à l’activité de recensement des enfants de 6 à 35 mois éligibles pour la distribution systématique des aliments supplémentaires
- Coupler le dépistage actif des cas aux distributions systématique des aliments supplémentaires
- Travailler en partenariat avec les associations ou les organisations communautaires locales ayant des activités communautaires pour le dépistage actif.
- Intégrer le dépistage actif aux campagnes de santé comme les journées nationales de vaccination, les campagnes de vaccination ou les semaines de santé de l’enfant.

La sensibilisation communautaire et les visites à domicile pour faire le suivi des cas à problèmes sont d’importance capitale pour corriger les pratiques de soins et d’alimentation inappropriées et promouvoir le changement comportemental ou encore pour prévenir un comportement social inadapté. Par exemple, l’équipe a eu connaissance de nombreuses histoires qui rapportent que des mères d’enfants vendent le Plumpy’nut® (utilisé pour traiter la MAS), le Supplementary Plumpy® et le CSB+ (utilisé pour traiter la MAM) et le Plumpy’doz® (utilisé pour prévenir la malnutrition aiguë), et que cela a parfois eu des conséquences fatales pour l’enfant privé de nutriments essentiels pendant un temps donné. De plus, le partage de ces aliments au sein de la famille est une pratique plus que courante lors de crises nutritionnelles et alimentaires lorsque la solidarité intra-familiale et entre ménages pour le partage de la nourriture, est un mécanisme essentiel de survie. On a également rapporté des cas d’inscriptions multiples dans différents sites. Si on ne dispose pas d’un réseau de relais communautaires pour la PCMA ayant une ramification importante dans la communauté et des liens forts avec la communauté, il sera difficile de relever ces défis. L’absence d’un tel réseau diminue également les chances de trouver et de suivre à leur domicile les enfants qui ne répondent pas au traitement, ceux qui ont abandonné et les absents. Cela se répercute négativement sur les performances du programme à cause de l’incertitude sur le devenir final de cas qui sont déclarés comme abandons.

2.3.3 PEC MAM

La PEC MAM n’est pas perçue comme un service de santé de routine et, par conséquent, elle ne fait pas partie du paquet en cours d’intégration et de l’expansion nationale par le MSP, comme l’est la PEC MAS. Le CSA, en collaboration avec le PAM et les ONG, est responsable de la PEC MAM qui est établie dans des districts avec les niveaux les plus élevés d’insécurité alimentaire selon l’évaluation de la vulnérabilité des ménages. Ces districts ne sont pas toujours les mêmes que ceux où est mise en œuvre la PEC MAS, où les enquêtes nutritionnelles indiquent qu’il existe des taux de prévalence élevés de la malnutrition aiguë globale et/ou de la MAS. En principe, toutes les CS devraient avoir un CRENAM mais tel n’est pas le cas à cause des défis logistiques et de la difficulté à apporter un appui technique à toutes les CS. La couverture géographique très limitée du CRENAM est particulièrement préoccupante puisque la distribution systématique des aliments supplémentaires à tous les enfants de 6 à 35 mois en vue de prévenir la malnutrition aiguë n’est prévue que pour la période de soudure.

Le dispositif pour la PEC MAM avait des nombreuses failles avant la crise alimentaire de 2010 et n’était bien fonctionnel que dans les districts où les structures de santé et/ou les organisations
communautaires de base bénéficiaient de l’appui pour la PEC MAM d’ONG expérimentées. Au départ, il était prévu que le PAM constitue des stocks suffisants et distribue le CSB++ (fortifié avec du lait en poudre, des micronutriments et du sucre) qui serait distribué systématiquement aux enfants de 6 à 23 mois (étendu plus tard aux 6 à 35 mois) en guise de mesure préventive de la MA et le CSB+ (fortifiés avec des micronutriments améliorés), de l’huile et du sucre aux enfants de 6 à 59 mois pour la PEC MAM. Cela n’a pas été possible à cause de problèmes d’approvisionnement au niveau international. Par conséquent, certaines ONG internationales participant à la réponse à la crise alimentaire de 2010 ont dû couvrir le manque de ces produits alimentaires que devait distribuer le PAM pour la distribution systématique (blanket feeding) et pour la PEC MAM en utilisant leurs propres stocks de suppléments et de compléments alimentaires. Ceci a eu pour conséquence que différentes stratégies ont été mises en place et différents suppléments alimentaires utilisés. Une autre conséquence a été de longs retards dans la mise en œuvre de la réponse.

Les faiblesses du dispositif de PEC MAM notamment le nombre peu élevé des CRENAM comparé au nombre de CRENI et de CRENAS, est dû à plusieurs facteurs dont les suivants :

- Les stratégies de la réponse à l’urgence nutritionnelle de 2010 accordait une priorité plus grande à la prévention par la distribution systématique des aliments supplémentaires (le blanket feeding) pour tous les enfants de moins de 3 ans et les femmes enceintes et allaitantes. La PEC MAM des enfants de moins de 5 ans était considérée comme moins prioritaire.
- Les produits alimentaires de la PEC MAM étaient destinés aux régions et aux districts les plus touchés par la crise de sécurité alimentaire (régions identifiées par les indicateurs de la sécurité alimentaire des ménages) et l’expansion a été retardée dans les régions et districts affectés par la crise nutritionnelle (régions identifiées par le taux de prévalence élevée de MAG et de MAS)
- Selon une opinion largement partagée actuellement, le dispositif de la PEC MAM ne devrait être mise en place que durant les crises nutritionnelles. (Selon cette opinion, depuis le passage aux normes de croissance de l’enfant de l’OMS de 2006. les enfants identifiés auparavant comme souffrant de MAM avec le risque le plus élevé de décès, à savoir les cas les plus graves et les plus vulnérables de MAM, sont à présent classés comme MAS et ont un accès précoce à la PEC MAS).
- Les problèmes logistiques liés à l’utilisation de CSB+, ajoutés aux doutes concernant son efficacité pour la PEC de MAM sont les raisons pour lesquelles de nombreux PE ont hésité à s’engager (Vu que les CSBs étaient moins appréciés, les PE on a favorisé l’introduction de Supplementary Plumpy® pour la PEC MAM qui simplifie la gestion des CRENAM. Néanmoins, comme pour le CSB et le CSB+, les preuves de l’efficacité du Supplementary Plumpy® dans la PEC de MAM restent encore limitées).
- On doute du fait que le système de santé national a une capacité suffisante pour intégrer de manière réussie la PEC MAM dans ses services de santé de routine sans le soutien des ONG. L’expérience en cours des structures sanitaires gouvernementales mettant en œuvre la PEC MAM sans soutien direct des ONG apportera une réponse à cette question.

2.3.4 Décentralisation de la prise en charge ambulatoire de la malnutrition aiguë

En théorie, chaque hôpital régional ou de district devrait avoir un CRENI et un CRENAS et chaque CSI devrait avoir un CRENAS et un CRENAM. Chaque CS devrait avoir un CRENAM et, s’il y a un infirmier ou une infirmière, également un CRENAS. Le plus souvent, les prestataires de soins ont reçu une formation portant sur la PEC MAS et la PEC MAM et pourraient avoir accès aux fournitures et, par conséquent, ils peuvent traiter les cas de MAM et de MAS. Dans la réalité, les capacités des structures sanitaires gouvernementales et du système national de santé en général à mettre en œuvre la PEC MAS et la PEC MAM sont limitées et, partant, il est difficile pour une structure sanitaire d’offrir une PEC MAS ou une PEC MAM de qualité si elle ne reçoit pas un soutien des ONG. Ainsi, un grand nombre des CRENI, CRENAS et CRENAM ne sont pas fonctionnels. La tendance à décentraliser le CRENAM et le CRENAS au niveau des CS dans les cas où elles disposent d’un personnel infirmier pourrait aider à résoudre ce problème de ressources en réduisant le nombre de cas par structure sanitaire, en rapprochant les services de la communauté et en dépistant et traitant les cas à un stade
précoce, ce qui permet d’enrayer et de minimiser la gravité de la maladie. Mais, cela exige que le système d’approvisionnement fonctionne adéquatement pour rendre disponible les fournitures au niveau des CS ayant des infirmiers et dans un second temps étendre aux 2000 CS décentralisées.

L’équipe de revue souhaite souligner que l’utilisation recommandée du z-score pour le rapport poids-taille (P/T) comme l’indicateur de référence de l’émaciation influencera la viabilité de la décentralisation et la qualité de la PCMA au vu de la pénurie de nutritionnistes et de personnel de santé et compte tenu du nombre continuellement élevé de cas. Bien que le PB soit recommandé comme critère indépendant du dépistage, du diagnostic et de l’admission des cas, plusieurs organisations utilisent encore une approche en deux étapes : d’abord le PB uniquement pour le dépistage, ensuite la présence d’œdèmes et le z-score du P/T comme critères pour décider de l’admission. Par conséquent, un grand nombre des cas de MAS et MAM se voient refuser le traitement après avoir été référés à un CRENAS ou à un CRENI. Ceci a un impact négatif sur l’utilisation des services.

2.3.5 Prise en charge hospitalière

Il est normal qu’il y ait un bien plus grand nombre de CRENAS que de CRENI mais le rapport de 1 CRENI pour 16 CRENAS observé dans la base de données CREN/CRENAS/CRENAM de l’UNICEF en février 2010 semble indiquer une accessibilité limitée aux soins hospitaliers. Cela a d’ailleurs été confirmé par les témoignages indiquant que des mères sont parfois référées à un CRENI situé à plus de 100 km de leur village. Les réalités du système national de santé au Niger – population dispersée avec une faible couverture de centres de soins de santé primaires et d’hôpitaux et des ressources limitées pour la construction et l’équipement d’un plus grand nombre de nouvelles structures sanitaires – montrent que le système continuera à fonctionner avec très peu de CRENI opérationnels pendant de nombreuses années à venir. Certains partenaires d’exécution prennent certaines mesures pour pallier le problème, en transformant des CRENAS de certains petits hôpitaux ruraux et les CSI dotés du personnel nécessaire en CRENI.

Cette situation influence, sans aucun doute, la performance des programmes de la PCMA, des diverses manières suivantes :

- Le refus par la mère ou toute autre personne qui s’occupe de l’enfant de se rendre au CRENI peut augmenter le risque de décès pour l’enfant. De fait, de nombreux partenaires ont rapporté que souvent les mères ou l’accompagnant (e) refusaient la référence car le CRENI vers lequel l’enfant était référé était trop loin. Par ailleurs, beaucoup ont également fait savoir que le taux de refus était nettement moindre si les transports étaient fournis et que l’on assurait à la mère qu’elle serait nourrie et qu’elle bénéficierait de la gratuité des soins si elle était malade. Dans les faits, le paquet (de prestations) de l’enfant référé et de la mère ou de l’accompagnant(e) varie d’un PE à un autre, certains ajoutant une petite somme d’argent, une moustiquaire ou des vêtements au transport aller/retour vers le CRENI comme mesures d’incitation supplémentaires. Le fait que la grande majorité des enfants sont pris en charge par la grand-mère et non par la mère au CRENI et la présence de frères et sœurs nous indique que, même si les transports sont gratuits et qu’il y a d’autres incitations pour les mères, la référence vers une structure sanitaire lointaine reste problématique.

- Le taux de mortalité est élevé parmi les cas référés à cause d’une référence tardive. Effectivement, lors de la revue, certains PE ont déclaré que jusqu’à 70% des enfants référés meurent pendant qu’ils sont transférés ou dans les premières heures qui suivent l’admission au CRENI. Cela arrive car les mères ont tendance à résister à la décision de référence et ne l’acceptent que lorsqu’elles voient que l’enfant est dans un état très critique.

- Les nourrissons de moins de 6 mois souffrant de malnutrition aiguë ne peuvent être traités ni dans un CRENAS ni dans un CRENAV. Pourtant, malnutrition aiguë chez ces nourrissons est un des problèmes de santé publique important lors d’une crise nutritionnelle car l’état nutritionnel de la mère est affecté et affecte la croissance et l’état nutritionnel du nourrisson.

Dans certaines structures sanitaires que l’équipe de la revue a visitées, le CRENI dépendait du service social et non du service pédiatrique et, par conséquent, c’est l’assistant social qui était en charge. Dans au moins un CRENI, cette situation impliquait qu’il n’y avait pas de surveillance clinique permanente par une infirmière ou un médecin, pendant l’hospitalisation. En effet, le CRENI n’avait que
des assistants sociaux dans son personnel permanent. Dans ce même CRENI, les enfants nécessitant une surveillance médicale étaient transférés au service pédiatrique et le rôle de l’infirmier était de donner les médicaments alors que le service social était chargé de préparer les aliments et donner et surveiller les prises des aliments. Néanmoins, le médecin faisait le tour du service chaque matin. C’est le manque de directives claires du MSP qui était mentionnée comme origine de cette confusion. Néanmoins, ce fonctionnement était probablement hérité de l’ancien modèle des centres de récupération et d’éducation nutritionnelle (CREN) qui ne faisaient pas partie du service de pédiatrie et qui admettaient majoritairement les enfants avec retard de croissance.

2.3.6 Systèmes de référence

L’équipe de revue a constaté que le système de référence entre les CRENAS et les CRENIS n’était pas efficient, sauf là où les PE ont mis en place des systèmes de suivi et de transport. Le fonctionnement de la référence et de la contre-référence entre les niveaux primaire, secondaire et tertiaire de la pyramide des soins se heurte à bien des défis et est généralement déficient et nécessite d’être renforcé. Par conséquent, ce n’est pas sur ce système que le programme de PEC MAS peut compter pour assurer le bon fonctionnement du système de référence et contre-référence. Heureusement plusieurs expériences et initiatives novatrices qui montrent qu’il est possible d’améliorer de manière durable la situation nous ont été rapportées. Ces exemples sont ceux de communautés qui prennent la responsabilité du transport, le paiement de la référence, et qui s’occupent d’assurer l’effectivité de la référence. Par exemple, un PE a fourni une charrette qui est gérée par la communauté pour transporter les patients et pour d’autres fins commerciales. Ces exemples, malheureusement encore rares, semblent faire une grande différence.

Le protocole national définit les mécanismes de référence entre le CRENAS et le CRENAM ou le CRENI. Tel que mentionné ci-dessus, les services de CRENAM étaient disponibles dans moins de 50% des régions avec des services de CRENAS. Dans les régions où les trois composantes sont mises en œuvre, il existe un certain degré de référence entre elles mais pratiquement tous les partenaires de l’exécution se sont plaints de la faiblesse du système de communication entre les différentes composantes. A titre d’ exemples des faiblesses dans la communication, notons l’absence de fiches de référence, alors que le protocole national contient un modèle de fiche de référence, le fait que de nombreux CRENI n’avaient pas de liste des CRENAS de leur aire sanitaire de responsabilité, que le CRENAS n’avaient pas de liste des CRENAM dans leur aire sanitaire et vice-versa. L’équipe de la revue a constaté que le système de référence et de contre-référence entre le CRENAS et le CRENAM fonctionnait mieux dans les régions soutenues par les ONG, surtout quand la même ONG appuyait les deux composantes. De même, en ce qui concerne les liens avec l’initiative de distribution systématique des suppléments alimentaires (blanket feeding), la coordination du dépistage et de la référence avec les CRENI/CRENAS/CRENAM ne fonctionnait bien que lorsque la même organisation mettait en œuvre toutes ces composantes et le contraire était vrai lorsque les partenaires de mise œuvre étaient différents.

On a noté que le protocole national révisé recommandait une référence du CRENAS vers le CRENAM, quand il y a un CRENAM, lorsque l’enfant passe de la MAS à la MAM donc avant la récupération nutritionnelle complète, cette pratique est risquée. Il a en effet été rapporté que ces enfants faisaient des nombreux allers et retours entre le CRENAM et le CRENAS, car ils n’avaient pas entièrement récupéré au moment de la sortie du CRENAS.

2.3.7 Intégration de la PCMA aux soins de santé de routine

L’intégration de la PCMA dans les services de santé de routine s’est faite suite au souhait du GDN d’augmenter sa capacité de supervision et de suivre des activités de tous les partenaires d’exécution de la PCMA sur l’ensemble du pays, notamment le contrôle de la communication et des informations sur les questions de nutrition aux médias nationaux et internationaux. Par conséquent, les acteurs n’ont pas eu d’autre choix que de mettre en œuvre la politique d’intégration sur l’ensemble du pays, y compris dans les régions avec une expérience limitée en matière de PCMA ou avec une couverture limitée des soins de santé primaires et en ressources humaines.

Malgré le fait que l’intégration avait été décrétée et qu’il y avait des réticences de la part de nombreux acteurs, l’équipe de la revue a constaté que la plupart des acteurs étaient désormais enthousiastes à propos de l’intégration. Le scepticisme de départ exprimé par certains a fait place à un grand
optimisme dans la capacité du système national de santé à absorber la PCMA s’il est bien soutenu par le GDN et ses PE. De plus, l’équipe a constaté également une ouverture en faveur de l’intégration de la PEC MAS et de la PEC MAM aux services de santé de routine. Une intégration efficace et réussie de la PCMA dépendra de l’intégration aussi bien des activités que des ressources relative à la PCMA. Au moment de la revue, l’accent n’était mis que sur l’intégration des activités. Il faut noter que l’intégration se fait dans le contexte d’un système de santé qui reste faible. Cette faiblesse affecte toutes les initiatives de santé y compris l’initiative des hôpitaux amis des bébés, le suivi de la croissance et la prise en charge intégrée des maladies du nouveau-né et de l’enfant (PCIMNE).

Bien que l’intégration de la PCMA dans un système de santé faible ou des initiatives de santé ayant de nombreuses faiblesses n’aboutiront peut-être pas à des résultats significatifs positifs, les possibilités d’un renforcement mutuel de ces initiatives valent la peine d’être explorer. Par exemple, il serait avantageux d’intégrer la PCMA aux composantes clinique et communautaire de la PCIMNE. De même, l’intégration de la PCMA à la consultation des nourrissons sains pourrait aboutir à un renforcement mutuel des deux programmes.

2.3.8 Prévention de la malnutrition aiguë pendant la période de soudure : Distribution systématique des aliments supplémentaires ou Blanket Feeding

L’approche par distribution systématique des aliments supplémentaires ou blanket feeding pour tous les enfants de 6-35 mois est une bonne solution pour opportunément prévenir la malnutrition aiguë pendant la période de soudure si elle repose sur un dépistage répété et une cohorte ouverte. Malheureusement, la plupart de ces interventions étaient basées sur une inscription à passage unique s’appuyant sur une mobilisation communautaire insuffisante et par conséquent incomplète et procédant par une cohorte fermée constituée au cours de ce seul passage qui a souvent eu lieu 4-8 semaines avant le début de la distribution. Un dépistage systématique de la malnutrition aiguë n’y était pas associé partout. La cohorte fermée a été choisie car on craignait de ne pas pouvoir répondre aux besoins. En effet, un bien plus grand nombre d’enfants que prévu a été enrôlé, bien que beaucoup d’autres aient été manqués. Toutefois, il faut souligner que pendant la mise en œuvre, certains PE ont remédié à cette situation et ont répété les inscriptions à intervalles réguliers. Les programmes de blanket feeding étaient associés également à la distribution de rations familiales pour limiter le partage dans la famille et pour aussi appuyer les ménages pauvres.

L’arrivée tardive des produits dans le pays avait retardé le démarrage de l’intervention et avait fait que les enfants ciblés ont eu un accès tardif aux aliments à densité en nutriment élevée au moment où de la crise nutritionnelle était déjà en cours. Comme déjà mentionné plus haut, cela a aussi fait que des nombreux enfants éligibles notamment les plus jeunes qui ont atteint 6 mois pendant la période d’attente du démarrage ont été laissés de côté pendant toute la période de soudure là où l’inscription s’était faite par un seul passage. Au moment de la revue, dans la plupart des districts bénéficiant du blanket feeding on ne savait pas dire si cette intervention était associée à une réduction de l’incidence de la malnutrition aiguë, car le nombre de cas restait encore très élevé. La recherche opérationnelle réalisée de pair avec cette initiative devrait donner une réponse à cette question. L’équipe de la revue pense que de nombreux facteurs pourraient affecter négativement l’impact de l’intervention notamment, le démarrage tardif, l’utilisation inappropriée de l’aliment supplémentaire et le partage au sein de la famille, le recrutement de la cohorte fermée des enfants jusqu’à trois mois avant le démarrage de l’intervention, ainsi que les répercussions des pratiques inadéquates d’alimentation du nourrisson et du jeune enfant.

Les liens entre les Pratiques familiales essentielles (PFE) ou les Actions essentielles en Nutrition (AEN) et la PCMA n’étaient pas clairs pour l’équipe de revue. Néanmoins, sur certains sites soutenus activement par l’une des ONG qui appuyait aussi bien les AEN et que la PCMA on a pu observer un degré élevé d’intégration de ces deux interventions.

2.3.9 Personnel de santé qualifié

Le GDN fait face à une très forte pression des instances internationales pour réduire au maximum possible les dépenses. Cette austérité limite grandement sa capacité à renforcer efficacement les ressources humaines dans le secteur de la santé. La pénurie de personnel dans le système national de santé est en contraste frappant avec le taux élevé de chômage parmi les médecins et les infirmiers. Un grand nombre de médecins et d’infirmiers nouvellement diplômés font du travail
bénévole dans les hôpitaux et les CSI en espérant être retenus si un emploi se présente. Un grand nombre d'infirmiers et d'infirmières ont même accepté la position et le salaire d’un ASC et ont été affectés dans des CS périphériques.

Un grand nombre de médecins et d'infirmiers au Niger ont acquis ces 5 dernières années de bonnes compétences cliniques portant sur la PEC MAS dans le cadre de leur travail avec des ONG internationales. Néanmoins, les besoins du pays en personnel médical et en nutritionnistes qualifiés, expérimentés possédant les compétences requises pour la mise en œuvre et la gestion des programmes PCMA sont encore importants. Par exemple, un grand nombre des agents de santé participant à la PCMA qui ont été interviewés ne disposaient pas d’une expérience préalable en matière de PCMA avant leur travail actuel. L’équipe de la revue a noté aussi que certains agents de santé participant à la PCMA et même ceux des services de pédiatrie n’avaient pas reçu de formation portant sur la PCMA. Cette situation durera tant que la formation de basene couvrira pas la PCMA.

L’inclusion récente d’un cours de 60 heures portant sur la prise en charge de la malnutrition aiguë dans la formation des nutritionnistes à l’ISP est un grand pas en avant vers le renforcement de la capacité nationale en matière de PCMA. (L’équipe de la revue a rencontré deux nouveaux points focaux de la DRSP qui ont suivi ce cours). Jusqu’à présent, l’approche nationale et des PE consiste essentiellement à former uniquement le personnel qui participe directement à la mise en œuvre de la PCMA. Cette approche ne tient pas compte de la rotation importante du personnel de santé au sein des structures sanitaires et des attitudes négatives de ceux qui ont été exclu de la formation.

2.3.10 Liens de la PCMA avec les systèmes de santé informels : guérisseurs traditionnels et accoucheuses traditionnelles

Au Niger, les personnes s’occupant des enfants et les communautés reconnaissent pleinement le fait que les mères et les autres personnes prenant soin des enfants vont consulter d’abord un guérisseur traditionnel pour un enfant souffrant de malnutrition aiguë. Mais les agents de santé du MSP et des ONG ne collaborent généralement pas avec le système de santé informel. Ils ont tendance à ne pas reconnaître le rôle important que peut jouer ce système sur l’accès aux services, l’utilisation tardive des services ou le refus de commencer ou de continuer le traitement pour la MAS. La littérature sur la PCMA souligne constamment l’importance d’impliquer le système de santé informel dans la PCMA d’une manière ou d’une autre pour lever les barrières entravant l’accès et l’utilisation des services.

2.3.11 Liens entre la PCMA et les autres services communautaires

L’intégration de la PCMA aux autres services communautaires était très limitée, à l’exception de certaines initiatives avec des associations communautaires locales auto-organisées pour la PEC MAM ou la mobilisation communautaire. Il n’a pas été possible d’évaluer l’efficacité de cette approche. L’équipe de la revue a entendu parler d’expériences réussies et d’autres qui le sont moins. On a mentionné par exemple que les associations communautaires locales menaient à bien les activités préventives de santé et de nutrition, y compris le dépistage actif régulier dans la communauté pour une identification précoce des cas et une référence rapide vers les sites de traitement. On a également mentionné des situations où la PEC MAM était assurée effectivement directement dans la communauté par ces associations. Dans un contexte où l’ATPE a une grande valeur marchande sur le marché et où le mécanisme de financement de ces associations se fonde sur le «nombre de cas de malnutrition aiguë diagnostiqués» ou de «tonnes de CSB+ distribuées», certains acteurs s’interrogent sur leurs capacités à résister à la tentation de gonfler ces statistiques mais aussi de résister à la pression sociale qui accompagne les distributions alimentaires dans la communauté.

2.4 ACCES AUX EQUIPEMENTS ET AUX FOURNITURES POUR LA PCMA

2.4.1 Approvisionnement et gestion de l’équipement et des fournitures de la PCMA

Si certaines ONG organisent leur propre approvisionnement et constituent un stock tampon pour parer aux ruptures de stock imprévues, l’UNICEF et le PAM sont les deux principaux organismes fournissant les aliments thérapeutiques et suppléments. L’UNICEF fournit également les médicaments de routine pour la PEC MAS. Pour la PEC MAS et la PEC MAM, la chaîne d’approvisionnement dépend donc en grand partie de l’UNICEF et du PAM en ce qui concerne les achats internationaux et nationaux et la logistique. Le PAM livre généralement les produits alimentaires jusqu’aux sites de distribution alors que l’UNICEF livre le plus souvent aux dépôts des ONG à Niamey ou au dépôt de la
DRSP ou et rarement, dans certains districts, aux CSI. En principe, toutes les structures sanitaires ont accès aux fournitures médicales et thérapeutiques ainsi qu’à l’équipement anthropométrique pour la PEC MAS. Avant la période de soudure de 2010, les ruptures de stock étaient très courantes tant au niveau national qu’au niveau opérationnel de la mise en œuvre (district et structures sanitaires).

Le système d’approvisionnement a été renforcé pendant la période de soudure de 2010 et la plupart des organismes exécutant la PCMA se sont montrés satisfaits de l’amélioration dans l’approvisionnement : les ruptures de stock étaient rares malgré l’augmentation rapide et la persistance du nombre élevé d’admissions hebdomadaires. Néanmoins, les ONG ont mentionné qu’elles avaient toujours besoin de stock tampon pour couvrir les quelques rares périodes de pénuries en médicaments, en APTE et en CSB. Ces ruptures de stock occasionnelles étaient dues essentiellement aux retards dans les livraisons ou à des expéditions trop petites probablement dues à des erreurs dans le système de commandes. De plus, les districts sanitaires sans soutien de PE/ONG avaient souvent des difficultés pour transporter les fournitures de la DRSP vers les dépôts des districts et ensuite aux CSI, causant ainsi des ruptures de stock. La plupart des acteurs ont aussi évoqué des problèmes de coordination et de communication entre le niveau opérationnel et le niveau national comme raison des quelques ruptures de stock des fournitures thérapeutiques observées. Malgré ce tableau positif, il faut noter que pour la PEC MAM, l’équipement et les fournitures n’étaient disponibles que pour certains districts ciblés et souvent lorsqu’un PE appui le district.

Pour la PEC MAS, l’absence de ruptures de stock au niveau national est probablement due au fait que les besoins annuels ont été calculés en multipliant le taux de prévalence de la MAS par un facteur de conversion de 6.16 Par contre, la manière dont sont calculés les besoins en fournitures au niveau opérationnel est variable et les différents facteurs de conversion pour obtenir l’incidence à partir de la prévalence varient de 1 à 4. Aussi, comparativement au niveau national, les besoins en approvisionnement sont souvent sous-estimés au niveau périphérique. Cette sous-estimation explique certaines ruptures.

Des systèmes novateurs de gestion de stock pour la PEC MAS sont mis à l’essai et pourront apporter une information utile sur le renforcement du système d’approvisionnement. En collaboration avec l’Office national des produits pharmaceutiques et chimiques (ONPPC) et en utilisant le système de distribution de la Pharmacie populaire, le département de santé de Mayahi est en train de tester un système amélioré de logistique de l’approvisionnement et un système de communication pour la gestion de stock en utilisant le Short Message Service (SMS). Certains points focaux nutritionnels des districts ont indiqué que le système d’approvisionnement dans leurs districts privés de l’aide des ONG avait pu utiliser avec succès les transports locaux privés au lieu du système de transport du gouvernement et de l’UNICEF. Cette utilisation des transports locaux soutenue par le COGES est déjà appliquée couramment à l’approvisionnement en médicaments.

Le système de soins gratuits pour les enfants de moins de 5 ans était appliqué dans tous les sites visités et les soins gratuits pour la MAS étaient garantis. Par ailleurs, il faut attendre pour que le GDN rembourse les coûts et cela fragilise le système. Actuellement, s’il survit, c’est uniquement parce que l’UNICEF et les ONG veillent à la disponibilité de l’aliment thérapeutique et des médicaments pour la PCMA.

Malgré l’ampleur et les effets du paludisme endémique, la plupart des établissements de santé n’avaient pas d’antipaludiques à administrer par voie orale.

Le Niger a une capacité de production nationale pour l’ATPE dans le cadre d’une franchise de Nutriset mais la production reste onéreuse et insuffisante pour répondre aux besoins nationaux, aussi l’importation est-elle nécessaire ce qui augmente le risque de ruptures de stock de l’ATPE. En outre, l’ATPE a acquis une grande valeur marchande et la vente de l’ATPE est chose de plus en plus courante. Certains PE prennent les mesures nécessaires pour essayer de contrôler ou de limiter la vente.

16 Cela suppose que la durée d’un épisode de MAS est de 2 mois et que, dans une communauté à risque quelle qu’elle soit, il existe six cohortes d’enfants avec MAS sur une année.
2.5 QUALITÉ DES SERVICES DE LA PCMA

2.5.1 Observance des protocoles de traitement standardisés

Des progrès significatifs ont été faits pour standardiser la mise en œuvre de la PCMA au Niger. Néanmoins, des efforts restent à faire pour obtenir l'adhésion de tous les PE au modèle intégré des services tel que défini par le MSP, le protocole national et la stratégie nationale de mise en œuvre de la PCMA. Malgré ce que l'on peut appeler succès de l'intégration de la PCMA dans le système de santé nigérien, le niveau d'intégration varie considérablement, suivant le PE qui soutient la PCMA et/ou la structure sanitaire. En effet, sous ce qui est appelé « PCMA intégrée », il existe une variabilité considérable de la manière et du niveau d'intégration de la PCMA. Les situations rencontrées sont diverses comme une intégration de principe sans réelle application ou activités de mise en œuvre notamment en l'absence d'un partenaire apportant un soutien, une mise en œuvre en parallèle sans intégration fonctionnelle ni structures avec les structures sanitaires gouvernementales et utilisant donc des structures de soins non gouvernementales, la mise en œuvre en parallèle à l'intérieur des structures sanitaires gouvernementales, l'intégration partielle avec un niveau de soutien des ONG variant du soutien très élevé au soutien très faible, l'intégration complète avec ou sans soutien des ONG. Nombreuses étaient aussi les variations observées dans l'observance et dans l'interprétation du protocole national. Voici des exemples de pratiques observées sur le terrain qui diffèrent des schémas proposés par le protocole national :

- Utilisation de l’indicateur du P/T pour dépister la malnutrition aiguë dans la communauté
- Non utilisation du PB comme critère d’admission
- Contre-référence d’enfants avec œdèmes légers vers les soins ambulatoires s’ils sont cliniquement bien portants
- Variation des critères de sortie pour les enfants admis sur la base du PB
- Ajout d’une autre phase dans le traitement interne/hospitalier (une phase de soins intensifs ajoutée aux phases de stabilisation et de transition pour les cas de MAS avec complications médicales)
- Variation dans la prise en charge de la déshydratation chez les enfants avec MAS
- Variation en ce qui concerne les critères pour prescrire des antipaludiques

Trouver un certain degré de non observance du protocole national était prévisible au vu des révisions multiples du protocole national (trois versions ont été utilisées depuis 2005 et deux versions ont été développées et mise en circulation en 2009) qui n’ont pas été accompagnées d’un recyclage systématique ou de séances d’information. Ces changements ont créé au niveau de certaines structures sanitaires une certaine confusion et des inconstances dans la mise en œuvre de la PCMA qui se sont répercutées sur la qualité de soins, menant par exemple aux situations suivantes :

- Variabilité dans les critères d’admission et de sortie
- Confusion en ce qui concerne les critères pour la contre-référence aux soins ambulatoires après la stabilisation
- Traitement de routine pour le paludisme mal conduit
- Critères de référence du CRENAS au CRENAM non conforme à la pratique généralement recommandée.

L’absence de directives claires sur le suivi et les rapports/le rapportage et le mélange entre les anciens et les nouveaux outils, formulaires et fiches listant les activités durant la réalisation des activités ou durant la supervision, sont également à l’origine de la variabilité dans la qualité de la mise en œuvre. Par exemple, les catégories d’entrée et de sortie étaient interprétées différemment. Bien souvent la signification des indicateurs de la performance n’était pas comprise (confusion entre les absents qui reviennent et les abandons revenant, les transferts ou les références et contre-références) ou alors ils ont été interprétés différemment (par exemple, les décès cliniques pendant les 48 premières heures n’étaient pas comptés). Qui plus est, les déviations par rapport au protocole national...
étaient parfois intentionnelles dans les cas où les ONG appliquaient des directives internationales ou leurs propres protocoles de traitement reposant sur d’autres preuves scientifiques récentes.

Malgré le fait que la plupart des prestataires impliqués dans la mise en œuvre de la PCMA ont été formés à de nombreuses occasions (jusqu’à trois fois pour certains), malgré l’existence du protocole national mais sans matériel de formation standardisé ni d’aides de travail standardisés, et malgré l’existence des registres et des formulaires de suivi (mais il ya plusieurs versions en circulation) autres que les différentes versions, il existaient de bonnes raisons pour qu’il y ait des confusions chez les prestataires et que l’on soit préoccupé quant à la qualité et l’homogénéité de la PEC. En effet, la majeure partie de la variation s’expliquait par des confusions créées par les différentes versions du protocole national utilisées pour la formation ou le recyclage. Un grand nombre de petites erreurs ou inexactitudes techniques avaient des implications majeures sur le terrain et ont souvent été source de confusion pour les prestataires. Par exemple, en juin 2010, la DN a largement distribué la directive recommandant l’utilisation du PB comme critère indépendant pour l’admission et de nombreux partenaires d’exécution n’ont pas bien compris le message ou n’ont pas su comment l’appliquer. Il n’y pas eu de confusion là où les ONG ont apporté des explications techniques supplémentaires montrant que le recyclage ou une séance formelle d’information à chaque changement est nécessaire.

En outre, tous les agents de santé n’exécutent pas entièrement toutes les composantes de la PCMA. Les lacunes les plus prononcées ont été remarquées dans le domaine de la PEC MAM et pour le volet communautaire (y compris la mobilisation et la sensibilisation communautaires ainsi que le dépistage précoce pour une présentation rapide). De plus, le lien entre la PCMA et les consents et l’éducation en matière de nutrition et de santé (séances individuelles et en groupe) et le programme de promotion des bonnes pratiques d’alimentation du nourrisson et du jeune enfant pour la prévention de la malnutrition, est peu développé. Un plan a été développé au niveau national pour corriger les problèmes de non observance des principes du traitement de la MA selon l’approche PCMA et cela inclut la révision du protocole national et la mise en place d’incitations pour renforcer et accélérer l’institutionnalisation du paquet minimum de la PCMA et l’intégration de l’approche AQ.

2.5.2 Aides de travail, outils et matériel de formation standardisés

Le protocole national, la fiche de suivi individuel et la fiche de rapport sont les seuls outils qui ont été disséminés et dont disposent les prestataires des soins pour la mise en œuvre de la PCMA au Niger. Au moment de la revue, différentes versions de ces outils étaient en circulation.

Si les prestataires de soins disposaient d’une grille de supervision, d’une fiche de stock et du formulaire pour la commande des fournitures, ils n’avaient pas d’aides de travail leur permettant de se remémorer les grandes lignes de la PEC. Notamment, il n’y avait pas d’aides de travail pour la sensibilisation communautaire ou l’éducation sanitaire sauf dans les quelques endroits où les ONG apportaient leur soutien soit pour les AEN, en utilisant leur propre matériel, soit pour les PFE. Dans ce dernier domaine, aucune CCSC ne ciblait la PCMA. Néanmoins, il y avait quelques exemples où la CCSC ciblant la PCMA était incluse. C’était dans les districts soutenus par une ONG spécialisée dans l’appui pour la mise en œuvre des AEN.

2.5.3 Supervision formative

Un système de supervision national et régional a été mis en place. Les prestataires sur tous les sites visités pendant la revue ont reconnu qu’ils avaient occasionnellement reçu des visites de supervision pendant lesquelles une grille de supervision avait été utilisée. Néanmoins, le MSP reste confronté à des défis de taille du point de vue des ressources humaines et logistiques. Aussi, fournir une supervision systématique et régulière de bonne qualité restait un réel défi. Le plus souvent, ce sont les ONG qui aident les instances du MSP à tous les niveaux (national, régional, districts) à assurer la supervision (par exemple, fournir une voiture et le carburant et demander au coordinateur des ONG d’apporter une assistance).

Les structures sanitaires soutenues par les ONG recevaient un paquet plus complet d’appui technique incluant un tutorat (un encadrement continu) qui a permis d’améliorer les résultats de la supervision et les performances. Ce paquet pouvait comporter les éléments suivants:
• **Appui technique** : par le biais d’équipes mobiles avec un médecin, un infirmier ou un nutritionniste ayant de l’expérience en matière de PCMA

• **Appui en gestion et sur le plan administratif** : soutien en gestion au niveau national et de district

• **Soutien pour le transport** : surtout pour les références au CRENI

• **Soutien pour les fournitures** : délivrer les médicaments essentiels, les aliments thérapeutiques et constituer un stock tampon

• **Appui financier** : pour la formation, pour le transport des référents et des fournitures et pour le stock tampon

Dans les structures sanitaires soutenues par les ONG, la supervision prend généralement la forme d’une supervision formative et d’un tutorat et elle est faite régulièrement sur une base mensuelle ou même hebdomadaire. Certains PE qui aident au niveau de la supervision ont indiqué qu’ils n’utilisaient pas d’outil de supervision standard pour éviter de donner à la supervision un aspect de contrôle. Ils préfèrent l’approche formative qui combine observation et discussions conjointement autour des cas de PEC.

Dans les structures sanitaires qui ne sont pas soutenues par des ONG, une supervision plus classique était faite dans les CRENI et les CRENAS mais moins fréquemment et sans accent sur les aspects formatifs de la supervision notamment lorsque le superviseur n’avait qu’une expertise technique limitée de la PCMA. Lorsque les aspects formation n’étaient pas inclus, la supervision se limitait souvent à promouvoir la gestion des stocks ainsi que la réalisation et l’envoi régulier des rapports mensuels plus complets et corrects.

L’équipe de la revue pense qu’on passe ainsi à côté d’une bonne possibilité de renforcer les connaissances et l’expertise acquises, ce qui est très important pour compléter une formation de base insuffisante et renforcer les performances des agents de santé qui travaillent de manière isolée dans les structures sanitaires périphériques. Elle pense aussi qu’il était nécessaire d’adopter l’approche AQ. Néanmoins, elle reconnaît aussi que les contraintes financières et logistiques du MSP et l’expertise limitée des points focaux nutrition qui s’ajoutent aux limitations de l’outil de supervision sont des défis handicapant la mise en place d’un système optimal de supervision formative.

2.5.4 **Suivi des soins individuels**

Il a été difficile de se faire une idée exacte de la standardisation du système de suivi individuel car il existait différents types de registres et de formulaires en circulation, surtout dans les CRENI et les CRENAS. Mais en général, les outils de suivi étaient en place et les soins individuels étaient habituellement de bonne qualité quand les aliments thérapeutiques et les médicaments étaient disponibles. Toutefois, la documentation du suivi individuel des enfants avec MAS et MAM dans la plupart des structures sanitaires restait sommaire notamment, souvent, les fiches de suivi individuelles n’étaient pas remplies et on utilisait à la place des registres qui n’autorisraient la documentation que d’un nombre limité de paramètres.

2.5.5 **Systèmes de surveillance et leur intégration au système national d’information sanitaire**

Deux systèmes parallèles de surveillance hebdomadaire pour la malnutrition aiguë étaient en place. Le premier est le MDO. Le rapport des MDO géré par le MSP/SPIS collecte les données sur l’incidence de la MAM et de la MAS (nombre de nouveaux cas dépistés de MAM et de MAS) et les données sur la mortalité (nombre de cas de MAM et de MAS décédés) par structure sanitaire. Ces données sont ensuite agrégées aux niveaux de l’ECD, de la DRSP et national pour respectivement le District, la Région et le Pays. Le second est le système de surveillance Scaling Up de l’UNICEF. Celui-ci notifie les données d’admission hebdomadaires dans les structures de PEC MAS et de MAM agrégées aux niveaux district, régional et national. En plus des deux systèmes hebdomadaires, un système de notification mensuelle de la PEC MAS géré conjointement par le MSP et l’UNICEF apporte des informations sur les admissions et les résultats du traitement par site de traitement, par district, région et pour le pays tout entier. En dernier lieu, il y a l’enquête nationale rapide auprès des
ménages, bi-annuelle, faite par l’Institut national de la statistique (INS) qui renseigne sur la situation nutritionnelle, sur la situation sanitaire et les facteurs favorisants, désagrégés par région.

Le rapport des MDO notifie hebdomadairement les nouveaux cas de « malnutrition modérée et grave » (insuffisance pondérale et/ou malnutrition aiguë) qui sont dépistés au niveau des structures sanitaires, fournissant une information sur l’incidence basée sur les données des activités du suivi régulier de la croissance (dépistage des enfants avec insuffisance pondérale) et/ou les données des activités de dépistage actif au niveau communautaire pour la PCMA (dépistage de l’émaciation et/ou des œdèmes nutritionnels). Les cas de décès des enfants avec MAS et MAM sont notifiés pour quatre groupes d’âge (moins d’un an, 1-4 ans, 5-14 ans et 15 ans ou plus). Le rapport des MDO signale toutes les maladies à déclaration obligatoire et est donc reconnu comme le système national de surveillance sanitaire. Un renforcement global lui serait bénéfique car il ne paraissait pas évident d’assurer une notification exacte et précise au moment de la revue. En effet, plusieurs inconstances ont été remarquées, dans le système MDO et se rapportent à :

- La manière dont la malnutrition est définie : certains rapports des MDO sont remplis en utilisant l’indicateur du poids pour âge identifiant les enfants de moins d’un an ou de 2 ans avec retard de croissance et d’autres en utilisant l’indicateur P/T, le PB et/ou la présence d’œdèmes pour dépister les enfants de moins de 5 ans avec MAM ou MAS.
- La manière dont les cas sont notifiés : certains notifient tous les cas diagnostiqués de malnutrition, admis ou non alors que d’autres notifient uniquement les cas admis au traitement.
- La complétude des données compilées des structures sanitaires participant à la notification des MDO : les CSI complètent les MDO et incluent l’information sur la MAM et la MAS des CS et du CSI mais les CS ne collectent et n’envoient pas systématiquement les informations sur la malnutrition, par exemple dans les cas où il n’y a pas de CRENAS ou de CRENAM.
- La manière dont est recueillie l’information sur la mortalité : l’origine des données n’est pas claire
- La manière dont les données des rapports sont compilées : des questions sont soulevées sur la couverture et la complétude et on ne sait pas dans quelle mesure ces aspects sont pris en compte ou si on prévoit de les améliorer.

Le Scaling Up fournit une information hebdomadaire sur le nombre de cas de MAS et MAM qui sont en cours de traitement, ou sur les admissions de la semaine et c’est donc un excellent outil pour évaluer les tendances dans la prévalence et pour la planification des ressources, surtout lorsque le nombre de cas augmente comme en périodes de soudure et/ou des crises nutritionnelles. La couverture de la notification est très bonne dans les régions bénéficiant de la présence de l’UNICEF et du soutien des ONG et elle est nettement plus faible dans les régions où la présence de l’UNICEF et le soutien des ONG sont limités. Aussi, ce système sous-estime un peu le fardeau de la MA et n’est représentatif que pour les zones couvertes par les structures sanitaires qui ont fourni l’information pour la semaine considérée.

La discussion avec les responsables des établissements de santé sur le terrain a montré qu’il existait des variations dans la manière dont l’information était collectée et notifiée, comme par exemple :

- Double voire triple comptage des enfants avec MAS en traitement s’ils sont transférés entre le CRENI et le CRENAS
- Non notification des enfants avec MAS admis pour le traitement dans les hôpitaux nationaux ou régionaux

La complétude et l’exactitude de l’information qui est générée par les deux systèmes de surveillance hebdomadaire (charge de la malnutrition modérée et sévère et son taux de mortalité versus le total de cas MAS et MAM admis et en traitement) sont contrariées par l’utilisation d’indicateurs différents (qui ne sont pas toujours bien définis), la présence ou non d’un système de dépistage actif en communauté, la présence ou non d’un système de référence solide, la présence ou non du service de PEC de la malnutrition aigüe dans la structure sanitaire concernée ainsi que leur utilisation
Le MSP et l’UNICEF étaient conscients des faiblesses dans les systèmes d’information et les efforts pour renforcer et intégrer les différents systèmes qui pourraient permettre dans le long terme d’en améliorer l’exactitude, la complétude et la ponctualité dans la transmission des données. Mais, il n’y avait pas de preuve qu’une simplification de ces systèmes pour se limiter à la collecte des données clés directement nécessaires pour la prise des décisions et pour guider les décisions stratégiques était prévue. La simplification devrait aussi viser à diminuer la charge de travail associée à la collecte de données tout en simultanément veillant au maintien ou à l’amélioration de la qualité en encourageant l’exactitude et la précision. La revisitation ou révision du protocole national planifiée pourrait servir aussi pour simplifier et standardiser les rapports de notification. Le fait que la section est à écrire entièrement donne suffisamment de latitude pour une bonne révision de deux systèmes.

Le système mensuel de suivi et de rapports statistiques pour la PCMA dégage des indications sur les résultats du traitement et la performance de la PEC MAS et de la PEC MAM. Des informations détaillées sur les admissions et les sorties ainsi que sur les mouvements des enfants sont fournies pour cinq groupes d’âge (moins de 6 mois, 6-11 mois, 12-23 mois, 24-59 mois et 5 ans ou plus). Ces données décrivent les indicateurs de performance y compris la durée moyenne du séjour et le gain de poids (calculés mensuellement pour tous les enfants qui quittent le traitement). Néanmoins, l’équipe de la revue pense que ce système est assez compliqué et n’apporte pas les données d’une manière qui permettrait une compréhension facile de la performance. Certains problèmes notés en rapport avec ce système sont :

- La désagrégaration des informations en neuf catégories d’entrée et de sortie (avec une terminologie pouvant facilement induire en erreur), avec cinq groupes d’âge stratifiés par sexe, et classés sous sept indicateurs de performance (guéris, décédés, abandons, non-répondants, transférés, référés, autres) rend les résultats difficiles à interpréter.

- Six catégories de sortie dans les CRENI et sept catégories de sortie dans les CRENAS sont utilisées et définissent le dénominateur pour le calcul des indicateurs de performance. Au niveau mondial et pour les normes de Sphere, seules quatre catégories sont utilisées pour les indicateurs de la performance en ce qui concerne le type de sortie (guéris, décédés, abandons, non-récupérés). Toutes les catégories de sortie qui ne sont pas en rapport avec la fin de traitement (sortie du programme) devraient être enlevées du calcul des indicateurs de la performance.

- « Ne répond pas au traitement » est utilisé comme catégorie de sortie (fin de traitement) alors que cela devrait être « non-récupéré ». Normalement, un enfant doit récupérer nutritionnellement après une durée déterminée de traitement. Si tel n’est pas le cas les mesures nécessaires sont prises en suivant le schéma thérapeutique des non-répondants décrit dans le protocole national, y compris la référence vers le niveau supérieur de soins, pour investigation clinique et para-clinique des causes de la non-réponse. En général, cela aboutit à un changement de protocole pour cibler les problèmes identifiés.

- Dans les CRENI, les enfants avec MAS qui sont référés au CRENAS après stabilisation (mais pas encore en fin de traitement) sont signalés comme « guéris », d’où une augmentation artificielle du taux de guérison et une dilution du taux de mortalité dans les CRENI (et dans le CRENAS s’ils sont comptés deux fois). De plus, la catégorie « guéris » comprend ceux qui ont été stabilisés et référés au CRENAS avant récupération nutritionnelle complète et ceux qui sont restés dans le CRENI jusqu’à récupération nutritionnelle complète, prêtant à confusion.

- Les données au niveau district ne peuvent pas être compilées sans entraîner d’office un double ou triple comptage des enfants référés du CRENAS vers le CRENI et puis à nouveau vers le CRENAS. En effet, les enfants avec MAS qui sont référés au CRENI restent dans les statistiques du CRENAS alors qu’ils sont physiquement partis au CRENI et ils sont réadmis.
comme nouveaux cas s’ils sont contre-référés au CRENAS en revenant du CRENI. Ainsi la compilation des données du CRENI et du CRENAS par district ou par région résulte en des statistiques erronées.

- La sous-notification des décès est chose courante, les décès en début du séjour (par exemple, les décès survenant moins de 24 ou 48 heures après l’admission au CRENI), les décès survenant au cours de la référence vers les CRENI et les décès survenant à domicile (conséquence d’un volet communautaire faible avec peu de suivi à domicile des abandons) ne sont pas inclus.

- Les prestataires qui remplissent les fiches ne comprennent pas bien les différentes catégories. De plus, il existe une conception erronée de la référence/contre référence (référence vers un niveau de soins plus élevé ou plus bas) et du transfert (mouvement vers un même niveau). Aussi, les références sont-elles classées dans la même case que les non-réponses au traitement.

- Il est important de notifier les données sur les mouvements entre les sites de traitement pour prévenir ou minimiser le double comptage mais le système qui était en place ne permettait pas un contrôle efficace des mouvements entre sites puisque les catégories de mouvement étaient traitées comme des catégories de sortie.

- Les indicateurs sont difficiles à calculer et peuvent être mal interprétés au niveau des structures sanitaires.

- Les structures sanitaires ne reçoivent pas toujours un feedback immédiat.

De plus, au niveau des structures sanitaires, les prestataires se sont plaints du trop grand nombre de systèmes de notification pour les différents programmes de santé et de nutrition. La charge de travail hebdomadaire et mensuelle est devenue trop importante. Un infirmier de CSI a mentionné qu’il devait remplir plus de 30 fiches différentes de rapport par mois.


2.5.6 Evaluation de la performance de la PCMA : Qualité et couverture

L’équipe de revue a remarqué que la qualité de la prestation effective des soins était satisfaisante en général (à l’exception de quelques CRENI et CRENAS qui ont été visités) par contre il y avait une grande variation dans les résultats du traitement. Ce sont les facteurs suivants qui contribuent au niveau de performance de la PCMA : Un appui par la présence d’une ONG expérimentée en PCMA, le type et l’ampleur de l’appui, la motivation des agents de santé, le nombre d’agents de santé qualifiés et le nombre de cas soignés quotidiennement.

L’équipe de la revue a eu du mal à interpréter les résultats de la performance. Voici certains des résultats perturbant qui ne paraissaient guère logique:

- Le taux de mortalité était plus élevé (supérieur à 5%) dans les sites PEC MAS—considérés des centres d’excellence – qu’il ne l’était (inférieur à 2%) dans les sites PEC MAS qui à l’évidence fournissaient des soins de qualité nettement moindre.

- Il existe un double ou parfois même triple comptage de certains enfants ce qui pourrait faire baisser les taux de décès et d’abandons notamment si la majorité de ceux comptés plusieurs fois sortent comme étant «guéris»
Un plus grand nombre d’indicateurs de performance que ceux utilisés au niveau international pour la notification. Les indicateurs de la performance avaient parfois un dénominateur différent que les mêmes indicateurs utilisés internationalement avec un sens plus large diluant ainsi les résultats et diminuant les taux.

Les décès ne sont pas enregistrés s’ils surviennent au cours de la référence et de la contre-référence.

Les décès au début du séjour (moins de 24 à 48 heures après l’admission) ne sont pas notés sur plusieurs sites.

Le taux de décès est plus élevé dans la PEC MAM que dans la PEC MAS.

Ces résultats indiquent que la qualité de la collecte de données pour l’évaluation de la performance n’est probablement pas uniforme et qu’il faut renforcer le système de collecte de données et de rapports. En attendant, le choix de sites sentinelles pour l’évaluation approfondie de la performance pourrait permettre de se faire une meilleure idée des performances.

La qualité de la performance de la PEC MAS dans les CRENI/CRENAS qui ne sont pas soutenus par des ONG apparaît être un problème majeur mais cette opinion repose sur des observations et des discussions et non pas sur l’analyse approfondie des indicateurs de la performance.

La mise en œuvre de la PEC MAM était plutôt limitée puisque l’approche nationale du blanket feeding avait reçu, à juste titre d’ailleurs, la majorité des ressources. Lorsqu’elle était mise en œuvre toutefois avec le soutien et l’expertise des ONG, la qualité des soins était bonne et la performance notifiée correctement. Le taux plus élevé de mortalité, paradoxal à première vue, qui a été observé pourrait s’expliquer par une notification plus exacte.

Au Niger, la motivation des agents de santé est un facteur qui contribue énormément à la qualité des soins et à la pérennisation des activités communautaires. La motivation tient à un petit bénéfice financier, au prestige social ou à un meilleur contexte de travail (accès aux fournitures, encadrement, aides de travail et outils ou charrette pour transporter les enfants référés), autant de facteurs qui ont de meilleures chances d’exister dans les régions recevant le soutien des ONG. La qualité est généralement faible dans les endroits qui ne reçoivent qu’un soutien limité du MSP. Même si on peut compter sur un soutien logistique renforcé, il n’en reste pas moins des endroits et des moments où les aliments thérapeutiques et supplémentaires vont quand même manquer. Il faut signaler toutefois que, même dans un grand nombre d’établissements soutenus par les ONG, la qualité des soins dans le CRENI et le CRENAS n’est pas satisfaisante.

Les données sur la couverture du traitement pour la MAS et la MAM n’étaient pas disponibles mais, d’après les statistiques de Scaling Up, le taux de couverture est élevé (probablement au dessus de 80%). Des discussions sont en cours pour réaliser une enquête nationale sur la couverture. A moins que la couverture ne soit estimée en utilisant une méthode directe fondée sur un échantillonnage rigoureux, il sera difficile d’avoir une vision claire de l’accès et de l’utilisation de la PCMA par les bénéficiaires ciblés.
3. Conclusions

Le Niger reconnaît que la malnutrition aiguë est un problème de santé publique et prend des mesures importantes pour améliorer le contexte politique et les politiques nutritionnelles en général, créant ainsi un environnement favorable à l’amélioration de la qualité de la mise en œuvre de la PCMA. Le Niger a fait un grand pas en avant ces 5 dernières années en ce qui concerne l’intégration et l’expansion de la prise en charge de la malnutrition aiguë, grâce à un soutien important des organisations nationales et internationales de coordination et des PE. Il reste encore à améliorer la coordination multisectionnelle et à renforcer les liens entre les différentes entités pour la mise en place d’une approche et de stratégies plus globales dans la réponse aux crises récurrentes de sécurité alimentaire et de nutrition.

Le MSP/DN a une capacité limitée pour être le chef de file de la coordination et de l’expertise technique pour la PCMA. Cette situation se répercute sur la capacité de coordination et sur l’expertise technique des responsables de la santé aux niveaux de la DRSP, de l’ECD et des points focaux nutrition. En outre, les services de nutrition du niveau régional et de district auraient tout à gagner avec la mise en place d’un cadre opérationnel plus solide définissant clairement les liens entre les gestionnaires et les décideurs des niveaux district, régional et national. Dans le court terme, le solide leadership de l’UNICEF et l’expertise technique des PE (dépendant de la présence d’une personne compétente plutôt que d’une expertise institutionnalisée) permet de suppléer le MSP. Mais cette suppléance temporaire ne pourrait remplacer et n’encourage guère la mise en place d’une stratégie globale et durable pour le renforcement des capacités en PCMA au sein du MSP.

Une stratégie pour la formation continue portant sur la PCMA a été mise en place au sein du MSP mais cette formation n’est pas encore suffisamment standardisée et elle est souvent animée par des formateurs dont l’expertise est à renforcer. Aussi la formation est-elle d’une qualité variable et son impact est limité et peu satisfaisant. Des mesures concrètes sont en train d’être prises pour intégrer la PCMA à la formation de base.

L’équipe de la revue a identifié l’existence de plusieurs sites d’excellence hautement performants en ce qui concerne la PEC MAS hospitalière, la PEC ambulatoire et/ou le volet communautaire. Néanmoins, ces sites sont dispersés et aucun ne combine à lui seul toutes les composantes de la PCMA. Parfois ces sites d’excellence se situent dans un même district ou une même région où ils sont dirigés par une ONG qui soutient d’autres sites où la qualité est moindre. Si d’excellentes pratiques ou des pratiques prometteuses sont en train d’être évaluées ou ont été adoptées, les échanges entre districts et programmes sont rares pour que les leçons apprises servent à l’apprentissage d’autres sites. Néanmoins le besoin et le désir de partager existe et a été exprimé à maintes reprises.

L’intégration et l’expansion de la PCMA relevaient d’une décision ministérielle en 2007 et, par conséquent, en 2010, tous les hôpitaux et CSI aux niveaux national, régional et de district devraient avoir un personnel formé et disposer d’un accès aux fournitures et, partant, devraient être en position d’offrir la PEC MAS ambulatoire et la PEC MAS hospitalière. Dans la réalité, la plupart des structures sanitaires dépendent du soutien de l’UNICEF et des PE et ce soutien varie et le contenu de l’appui peut concourir un ou plusieurs des aspects suivants: technique, ressources humaines, logistique, supervision, suivi et rapports, ressources financières et/ou un appui logistique. Ainsi, en fonction de la stratégie, du paquet technique et des ressources du PE lorsqu’on parle de «PCMA intégrée» au Niger, on parle d’une situation incluant une grande variété de stratégies de mise en œuvre et par conséquent des niveaux de qualité tout aussi variables. A côté des situations d’intégration totale, on trouve encore des ONG qui opèrent en parallèle ou en quasi-parallèle et cela à l’extérieur ou à l’intérieur des bâtiments du MSP et sous la tutelle ou non du MSP. Il est encore fréquent de ne pas avoir d’activités PCMA ou d’avoir une PCMA peu fonctionnelle, lorsque la structure sanitaire n’a pas d’appui direct d’une ONG à l’exception de quelques districts appuyés par les ONG. Les districts n’avaient pas encore mis en place de système de routine pour la sensibilisation communautaire et pour le dépistage actif régulier des cas de malnutrition aiguë au niveau de la communauté. Mais, au cours de la période de soudure de 2010, des activités de dépistage actif étaient parfois couplées au recensement des enfants de moins de 3 ans ciblés pour le blanket feeding, combinant ainsi partiellement cette lacune.

Alors qu’elle est mise en œuvre sur l’ensemble du pays, la PCMA n’est pas encore décentralisée au niveau de toutes les structures du niveau le plus périphérique de la pyramide de soins ayant un personnel qualifié pour la mise œuvre de la PCMA (les CS avec infirmiers). De plus, la PEC MAM n’a
pas fait l’objet d’expansion nationale et, étant donné qu’il n’existe pas de stratégie nationale d’expansion, les sites de la PEC MAM sont très peu nombreux et très dispersés à travers le pays. Le système de référence entre les différentes composantes de la PCMA notamment entre la PEC MAS hospitalière et la PEC MAS ambulatoire et entre la PEC MAS et la PEC MAM connaît encore de nombreuses faiblesses. Il est probable que de nombreux enfants sont perdus de vue au cours de la référence entre les différentes composantes. Le système de santé informel est une étape importante dans l’itinéraire des soins de santé mais seuls quelques PE reconnaissaient cela, tenaient compte de ce facteur et sensibilisaient les communautés afin d’essayer de lever les barrières entravant l’accès à la PCMA.


Outre le protocole national, il n’existe que peu d’outils et d’aides de travail standardisés disponibles pour les gestionnaires de la santé, les superviseurs, les formateurs des formations et les prestataires de soins. Le système de suivi et de rapports utilise trop d’indicateurs et des supports très complexes et son application n’est pas harmonisée, d’où des statistiques comprenant certaines inexactitudes et imprécisions en termes de fréquentation de la PCMA et de la performance.

L’impact de la réponse d’urgence de 2010 et surtout l’impact du blanket feeding méritent une évaluation approfondie pour guider la prise de décisions et la planification d’urgence pour les périodes de soudure futures.

Le système de gestion de la PCMA ne fonctionne bien que s’il existe une expertise et un soutien suffisants du PE. Les lacunes importantes dans le programme de la PCMA que l’équipe a identifiées et qui devraient être étudiées et combiées rapidement pour améliorer la qualité générale de la PCMA sont les suivantes :

- Manque de financement pour la PCMA dans le budget national du MSP
- Une certaine confusion dans les messages et recommandations du protocole national, d’où une confusion également dans leur application
- Pénurie de ressources humaines formées ou avec grande expertise dans le système national de santé
- Nombre limité de sites de PEC MAS hospitalière et faible qualité des services dans certains de ces sites
- Nombre limité de sites de PEC MAM
- Insuffisances dans la formation de base pour les professionnels de la santé en matière de PCMA
- Insuffisances dans la qualité des formations en cours d’emploi et absence d’un système de tutorat (sauf en cas de soutien spécifique d’un PE)
- Absence d’un réseau de volontaires organisé au niveau communautaire pour le dépistage communautaire et la référence d’enfants souffrant de malnutrition aiguë (sauf en cas de soutien spécifique d’un PE)
- Mise en œuvre réussie de la politique de soins gratuits pour les enfants de moins de 5 ans mais des efforts importants doivent être faits en vue d’assurer la durabilité de la politique.
- Systèmes de suivi et de rapports complexes et présentant quelques faiblesses.

La stratégie de la mise en œuvre de la PCMA au Niger est passée rapidement d’une approche entièrement parallèle à une approche intégrée connaissant encore des variations dans le degré
d’intégration suivant le niveau de soutien du PE. Ces variations exercent une grande influence sur la qualité des soins. Et pourtant, l’approche intégrée est celle qui convient le mieux pour l’appropriation et de responsabilisation du MSP. Au regard du nombre de cas de MAS, de la population dispersée et des contraintes de ressources humaines dans le secteur de la santé, c’est le modèle décentralisé de la PCMA qui garantira une meilleure prise en charge, une réduction des coûts d’opportunité pour les mères et les autres personnes qui s’occupent de l’enfant ainsi qu’une amélioration générale des services.

Dans le paradigme de la PCMA intégrée, le maintien de la qualité des services est un défi permanent mais reste accessible si on peut compter sur la volonté politique, une bonne planification stratégique du renforcement des capacités et un appui pour l’amélioration de la qualité des services, de l’accès à des agents de santé qualifiés, aux fournitures et aux ressources financières.
4. **Recommandations**

4.1 **RECOMMANDATIONS GENERALES POUR SOUTENIR LE MSP/DN ET LES PARTENAIRES D’EXECUTION EN CE QUI CONCERNE LA PCMA**

**Environnement favorable**

- Encourager le MSP/DN à intensifier ses activités de plaidoyer en faveur des initiatives en cours pour que soient avalisées et promulguées les documents de politiques nationales qui sont favorables à l’expansion à grande échelle de la PCMA. Toutes les parties concernées et intéressées par la PCMA devraient profiter de l’élan actuel en renforçant leurs efforts de plaidoyer poussant le GDN à adopter des lois qui ne pourront plus être changées et qui sont favorables à la PCMA.

- Améliorer l’intégration et la collaboration entre les différentes entités prenant part au développement des stratégies pour la préparation et la réaction aux urgences, faire collaborer le CMC, le CNSAP, le CIC et le Groupe thématique de nutrition ; formuler des plans globaux de contingence pour la préparation et la réaction aux crises nutritionnelles en s’appuyant sur des interventions dont l’efficacité est prouvée et identifier des mécanismes de financement durable pour les urgences et les imprévus.

- Mettre sur pied un groupe de travail multisectoriel de nutrition avec des termes de référence précis. Par exemple les tâches prioritaires dans la réponse multisectorielle (ministères, directions et services) aux problèmes en rapport avec la nutrition sont le plaidoyer et l’organisation de la participation communautaire.

- Intégrer le groupe thématique nutrition aussi bien au niveau national que régional, dans un système de coordination plus globalisant fusionnant les urgences et le développement (et leurs partenaires respectifs) y compris les institutions académiques de formation et de recherche, et impliquer tous les ministères concernés ; renforcer le système de coordination nutritionnelle décentralisé au niveau régional et du district.

- Mettre en place une structure décentralisée (programme Nutrition) s’occupant de la nutrition aux niveaux régional et de district ; créer un service de nutrition à la place des points focaux et développer un organigramme décrivant la place du service et de son personnel dans l’architecture de la DRSP et du district (ECD) ; Elaborer les termes de référence en précisant les rôles et les responsabilités, les tâches ainsi que les modalités de financement annuel à partir du budget national ; s’inspirer des programmes de lutte contre le paludisme et la tuberculose.

- Renforcer le leadership technique de la nutrition au niveau régional et district, mettre sur pied des groupes de travail techniques, permanent et ad hoc, aux niveaux national et régional ; utiliser les réunions mensuelles de la DRSP et les réunions trimestrielles de l’ECD pour discuter des aspects techniques.

- Renforcer le rôle des communicateurs de l’ECD au niveau de la mobilisation communautaire pour la PCMA en couplant les activités de la CCSC visant la promotion de l’alimentation du nourrisson et du jeune enfant et les activités de la PCMA notamment le dépistage actif dans la communauté de la malnutrition aiguë.

- Documenter les résultats de la réponse à l’urgence de 2010 (blanket feeding, partenaires de l’assistance technique, rapports sur la fréquentation des structures et l’incidence de la MAS) et choisir les pratiques effectives et prometteuses ou définir les stratégies futures et à long terme et standardiser le paquet pour l’assistance technique de la PCMA pour les PE (y compris l’UNICEF là où il n’y pas d’autres partenaires)

- Développer une stratégie de mobilisation des ressources et de plaidoyer pour la PCMA dans le budget national ou d’autres mécanismes nationaux de financement durable.

- Renforcer le soutien et/ou la formalisation des initiatives nationales et locales qui soutiennent l’expansion de la PCMA et la AQ, par exemple la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans, le programme spécial du président qui renforce les capacités en ressources.
humaines au niveau CS et CSI, le projet « centimes additionnels » qui soutient les références vers le CRENI.

Compétences

- Développer et adapter une stratégie pour la formation en cours d’emploi basée sur l’évaluation des besoins/capacités et le système d’AQ, comportant la formulation d’une stratégie globale du renforcement des capacités, le renforcement des aptitudes pédagogiques des formateurs y compris la standardisation des méthodes et du matériel de formation, renforcement de la supervision formative et des stratégies pour un tutorat ainsi que les systèmes d’AQ.

- Renforcer la revue en cours des programmes de formation de base des professionnels de santé de différents niveaux. Cartographier ce qui existe, identifier les besoins et mettre au point les programmes de formation et développer le matériel pédagogique approprié. Apporter un soutien technique de haut niveau lors de la finalisation des documents en rapports avec les méthodes et le matériel pédagogiques afin d’optimiser le contenu pour les différents niveaux de formation des professionnels de santé afin de couvrir tous les aspects y compris les notions fondamentales sur la nutrition, la prévention et le traitement de la malnutrition ; faire participer d’autres secteurs comme les experts en CCSC, sécurité alimentaire et en développement rural.

- Renforcer les capacités techniques des nutritionnistes du MSP/DN et de la DRSP/ECD en matière de gestion et AQ de la PCMA ; utiliser les réunions techniques et de coordination (aux niveaux national, régional et de district) comme opportunités pour renforcer les capacités des acteurs du MSP et des partenaires, diffuser les nouvelles connaissances et échanger sur les pratiques prometteuses et les leçons apprises.

- Documenter les pratiques prometteuses et les leçons apprises des initiatives intégrant les activités communautaires de la PCMA et celles des programmes visant la promotion des AEN/PFE.

- Mettre en place un système de circulation des compte rendus et des résolutions prises au cours des réunions de coordination des activités de nutrition pour assurer un flux de coordination et d’information technique du niveau national au niveau régional/district et vice versa ainsi que la circulation des information sur les initiatives prises au niveau international; promouvoir l’utilisation de sites web interactifs et informatifs.

- Renforcer la recherche opérationnelle, la documentation des pratiques prometteuses et le partage des bonnes pratiques et des leçons retenues. Voici quelques questions de recherche ou qui pourraient être clarifiées avec les pratiques actuelles :
  - Comment assurer la continuité des soins et l’observance du traitement pour les enfants avec MAS dans les communautés nomades ?
  - Comment prévenir le partage des aliments thérapeutiques au sein et entre les ménages ?
  - Quelles sont les stratégies qui conviennent pour décourager la vente de l’ATPE ?
  - Quels sont les résultats des enfants avec cédèmes sans complications médicales qui sont traités dans le CRENAS comparés à ceux qui sont traités dans le CRENI ?
  - Quel est l’impact du programme de blanket feeding sur l’incidence de la malnutrition aiguë et quels sont les facteurs confondants de l’impact?

- Renforcer les stratégies de partage d’informations et le répertoire de documentation pour renforcer l’apprentissage parmi les collègues, en considérant également l’enseignement tiré des expériences d’autres pays.

Accès aux services

- Renforcer les effectifs de personnel qualifié dans les structures sanitaires notamment en confirmant à son poste le personnel recruté avec contrat à durée déterminée par la préfecture en faisant appel à un fonctionnement qui permet à l’administration locale d’employer un nouveau personnel en utilisant des fonds de la préfecture ainsi que les personnes recrutées par UNICEF et les ONG pour la réponse à l’urgence de 2010. Un plaidoyer en faveur du
secteur de la santé au plus haut niveau auprès du GDN ou de la Banque mondiale pour une exception permettant au GDN de recruter de nouveaux agents de santé un malgré les nécessités de restriction budgétaire.

- Développer une stratégie pour augmenter l’accès à la PEC MAS hospitalière : identifier des stratégies novatrices pour décentraliser les CRENI dans certains CSI et petits hôpitaux ruraux.
- Décentraliser les soins au niveau de la CS et renforcer notamment les systèmes de logistique et de supervision.
- Fusionner la prise en charge de la MAS et de la MAM en une seule approche stratégique de la PCMA.
- Dans le contexte du plan visant à faire passer la CS au niveau du CSI après affectation d’infirmiers, redéfinir le rôle et les responsabilités des ASC formés ; rediriger les ASC vers la réalisation d’activités préventives utilisant une stratégie de CCSC améliorée qui insiste sur la référence précoce pour le traitement des maladies, y compris la malnutrition aiguë.
- Renforcer les activités communautaires pour la santé et la nutrition y compris la PCMA (avec des relais communautaires) et fusionner avec les activités de prévention (AEN ou PFE)
- Renforcer le système de référence géré par la communauté pour assurer sa pérennisation et renforcer son efficacité en améliorant les compétences de gestion de la communauté et en encourageant la communauté à s’engager dans des activités qui garantiront la viabilité du plan.
- Forger des liens entre la PCMA et les initiatives de prévention en santé et nutrition et le développement rural.

**Accès aux équipements et aux fournitures**

- Renforcer les systèmes de logistique et de distribution en s’inspirant par exemple de l’essai pilote ACH /E de renforcement du système de logistique pour l’approvisionnement de la PCMA en fournitures par le biais d’un soutien à l’ONPPC pour approvisionner le département de Mayahi et en mettant à l’essai un système de communication pour la gestion des données et du stock en utilisant le SMS (texto) ; utiliser au maximum le système de distribution de la Pharmacie populaire.
- Etudier la possibilité d’utiliser des partenariats privés-publics pour la distribution des fournitures de la PCMA
- Mettre au point des outils de planification pour faire des projections fondées sur des estimations réalistes (prévalence et incidence escomptées)

**Qualité des services**

- Faire un examen approfondi du protocole national pour la PCMA, l’actualiser en tenant compte des preuves scientifiques les plus récentes et des pratiques prometteuses ; Inclure dans la nouvelle version à finaliser une section sur le suivi et rapports des aides de travail.
- Standardiser les aides de travail, le matériel pédagogique et les outils de gestion pour l’AQ de la PCMA.
- Mettre en place un système d’AQ simplifié pour compléter la supervision formative à tous les niveaux (CRENI, CRENAS, CRENAM, activités communautaire).
- Simplifier le système de suivi et de rapports et piloter une approche basée soit sur la mise en place des sites sentinelles soit sur un système de revue périodique approfondie sur un échantillon de sites lorsque l’on veut obtenir une information plus approfondie et plus précise sur la performance.
- Mettre en place un système de renforcement des connaissances et des compétences pour améliorer l’interprétation et l’utilisation de l’information sur la performance pour la mise en place des activités d’AQ à tous les niveaux.
• Soutenir les activités en cours pour simplifier la surveillance nutritionnelle. Standardiser et délimiter clairement les approches pour la notification de Scaling Up et des MDO sans augmenter la charge de travail liée aux activités de notification.

• Ajouter le PB comme indicateur dans toutes les enquêtes sur la nutrition pour estimer la charge de la MAM et de la MAS et analyser la relation entre le P/T et le PB au Niger. La classification des enfants avec MAS ou MAM basée sur le rapport P/T par rapport à la population standard, vise à dépister les enfants de moins de 5 ans avec des valeurs P/T extrêmes. La classification basée sur le PB, quant à elle vise à dépister les enfants courant un risque élevé de mourir (Noter aussi que le PB a une meilleure corrélation que le P/T avec la masse musculaire et, partant, avec les réserves nutritionnelles de l’organisme).

• Envisager l’utilisation d’une autre stratégie d’échantillonnage19 et d’autres méthodes de surveillance nutritionnelle pour permettre de désagréger les données sur la prévalence de la malnutrition aiguë au niveau du district et apprécier correctement la charge de la malnutrition aiguë sans augmenter le coût ou le temps d’enquête.

4.2 RECOMMANDATIONS SPECIFIQUES POUR DCHA/OFDA ET SES PARTENAIRES DE L’EXECUTION

Outre les recommandations susmentionnées, il existe deux domaines prioritaires supplémentaires pour l’OFDA :

• Apporter un financement sur le long terme pour l’AT aux PE axé sur l’intégration, la standardisation de l’assistance technique, l’inclusion de la CCSC et l’amélioration des liens entre les AEN/PFE et la PCMA ainsi que la pérennisation de la PCMA.

• Soutenir les stratégies et les systèmes durables pour étendre à plus grande échelle les soins décentralisés en augmentant le nombre des agents de santé qualifiés (cliniciens, auxiliaires et ASC) ainsi que des relais communautaires et appuyant la décentralisation des soins ambulatoires au niveau de la CS et celle des soins hospitaliers au niveau des hôpitaux ruraux et certains CSI.

Annexe 1 : Carte des lieux visités au Niger

Lieux visités :
Niamey, Tilabéri, Gaya, Tanda, Terra, Doutchi, Tahoua, Keïta, Diffa, Kourgamari, Boudoum, Malamboulamari, Maine Soroa, Chetimasidiri, Malam Boubardi, Zinder, Kassama, Mirria, Mayahi, Dakoro, Koren Habijia, Maradi, and Madarounfa en octobre 2010; Tanout et Magaria en avril 2010.
Annexe 2: Programme des réunions et visites sur les sites au Niger

<table>
<thead>
<tr>
<th>Date</th>
<th>REGION</th>
<th>Organisation</th>
<th>Lieu</th>
<th>But</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>12 octobre</td>
<td>NIAMEY</td>
<td>MSP/DN</td>
<td>Niamey</td>
<td>Réunion</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>PAM</td>
<td>Niamey</td>
<td>Réunion</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Groupe Nutrition (Nutrition Cluster)</td>
<td>Niamey</td>
<td>Réunion</td>
</tr>
<tr>
<td>13 octobre</td>
<td>MSP/DN</td>
<td>Niamey</td>
<td>Niamey</td>
<td>Réunion</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>OMS</td>
<td>Niamey</td>
<td>Niamey</td>
<td>Réunion</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>HKI</td>
<td>Niamey</td>
<td>Niamey</td>
<td>Réunion</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Concern</td>
<td>Niamey</td>
<td>Niamey</td>
<td>Réunion</td>
</tr>
<tr>
<td>14 octobre</td>
<td>PAM</td>
<td>Niamey</td>
<td>Niamey</td>
<td>Réunion</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>MSF/Belgium</td>
<td>Niamey</td>
<td>Niamey</td>
<td>Réunion</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>HKI</td>
<td>Niamey</td>
<td>Niamey</td>
<td>Réunion</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Concern</td>
<td>Niamey</td>
<td>Niamey</td>
<td>Réunion</td>
</tr>
<tr>
<td>15 octobre</td>
<td>UNICEF</td>
<td>Niamey</td>
<td>Niamey</td>
<td>Réunion</td>
</tr>
<tr>
<td>16 octobre</td>
<td>TILLABERI</td>
<td>Hôpital de district (HD) CRENI</td>
<td>Tillaberi</td>
<td>Visite</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>ECD et HELP</td>
<td>Tillaberi</td>
<td>Tillaberi</td>
<td>Réunion</td>
</tr>
<tr>
<td>18 octobre</td>
<td>DOSSO</td>
<td>HD CRENI</td>
<td>Doutchi</td>
<td>Visite</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>CSI CRENAS</td>
<td>Doualma</td>
<td>Doualma</td>
<td>Visite</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>CS CRENAM</td>
<td>Kodiffo</td>
<td>Kodiffo</td>
<td>Visite</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>HD CRENI</td>
<td>Doutchi</td>
<td>Doutchi</td>
<td>Réunion</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>ECD</td>
<td>Doutchi</td>
<td>Doutchi</td>
<td>Réunion</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>HKI</td>
<td>Doutchi</td>
<td>Doutchi</td>
<td>Réunion</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>HD CRENI</td>
<td>Gaya</td>
<td>Gaya</td>
<td>Réunion</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>CSI CRENAS/CRENAM</td>
<td>Tanda, Gaya</td>
<td>Gaya</td>
<td>Réunion</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>CSI CRENAS/CRENAM</td>
<td>Tanda, Gaya</td>
<td>Gaya</td>
<td>Réunion</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>ECD</td>
<td>Gaya</td>
<td>Gaya</td>
<td>Réunion</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>ECD et points focaux de la nutrition, niveaux région et district</td>
<td>Gaya</td>
<td>Réunion</td>
</tr>
<tr>
<td>19 octobre</td>
<td>DIFFA</td>
<td>HKI</td>
<td>Diffa</td>
<td>Réunion</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>CS CRENAM</td>
<td>Kourgamari</td>
<td>Visite</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Femmes et enfants des villages, relais communautaires</td>
<td>Kourgamari</td>
<td>Réunion</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>DRSP point focal régional nutrition</td>
<td>Diffa</td>
<td>Réunion</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>CHR CRENI</td>
<td>Diffa</td>
<td>Visite</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>TAHOUA</td>
<td>Tahoua</td>
<td>Réunion</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>MDM</td>
<td>Tahoua</td>
<td>Réunion</td>
</tr>
<tr>
<td>Date</td>
<td>REGION</td>
<td>Organisation</td>
<td>Lieu</td>
<td>But</td>
</tr>
<tr>
<td>------------</td>
<td>--------</td>
<td>---------------------------------------</td>
<td>--------------------------------</td>
<td>-----------</td>
</tr>
<tr>
<td>20 octobre</td>
<td>DIFFA</td>
<td>Save the Children</td>
<td>Diffa</td>
<td>Réunion</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>CSI CRENAS CRENAM</td>
<td>Boudoum</td>
<td>Visite</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>CSI CRENAS CRENAM</td>
<td>Malamboulamari</td>
<td>Visite</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>HD CRENI</td>
<td>Maine Soroa</td>
<td>Visite</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>TAHOUA</td>
<td>ECD</td>
<td>Tahoua</td>
<td>Réunion</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>DRSP</td>
<td>Tahoua</td>
<td>Réunion</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>CHR</td>
<td>Tahoua</td>
<td>Réunion</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>CSI CRENAS</td>
<td>Bagaye</td>
<td>Visite</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>CHR CRENI</td>
<td>Tahoua</td>
<td>Visite</td>
</tr>
<tr>
<td>21 octobre</td>
<td>DIFFA</td>
<td>Village PCAC CRENAS, femmes et enfants, relais communautaires</td>
<td>Chetimasidiri</td>
<td>Réunion</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>CSI CRENAS CRENAS</td>
<td>Malam Boubardi</td>
<td>Réunion</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>ZINDER</td>
<td>HKI</td>
<td>Zinder</td>
<td>Réunion</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>World Vision</td>
<td>Zinder</td>
<td>Réunion</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>TAHOUL</td>
<td>MDM</td>
<td>Keita</td>
<td>Réunion</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>HD CRENI</td>
<td>Keita</td>
<td>Visite</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>ECD</td>
<td>Keita</td>
<td>Réunion</td>
</tr>
<tr>
<td>22 octobre</td>
<td>ZINDER</td>
<td>CSI CRENAS CRENAS</td>
<td>Kassama</td>
<td>Visite</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>BEFEN</td>
<td>Mirria</td>
<td>Réunion</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>HD CRENI</td>
<td>Mirria</td>
<td>Visite</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>DRSP point focal régional de la nutrition</td>
<td>Zinder</td>
<td>Réunion</td>
</tr>
<tr>
<td>23 octobre</td>
<td>ZINDER</td>
<td>CRF</td>
<td>Zinder</td>
<td>Réunion</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>MSF CH CRENI</td>
<td>Zinder</td>
<td>Visite</td>
</tr>
<tr>
<td>24 octobre</td>
<td>ZINDER</td>
<td>UNICEF</td>
<td>Zinder</td>
<td>Réunion</td>
</tr>
<tr>
<td>25 octobre</td>
<td>MARADI</td>
<td>ACH</td>
<td>Mayahi</td>
<td>Réunion</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>ECD, point focal du district pour la nutrition</td>
<td>Mayahi</td>
<td>Réunion</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>HD CRENI</td>
<td>Mayahi</td>
<td>Visite</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>CSI CRENAS</td>
<td>Koren Habjia</td>
<td>Visite</td>
</tr>
<tr>
<td>26 octobre</td>
<td>MARADI</td>
<td>FORSANI</td>
<td>Maradi</td>
<td>Réunion</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>ECD, point focal du district pour la nutrition</td>
<td>Madarounfa</td>
<td>Réunion</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>CSI CRENAS</td>
<td>Madarounfa</td>
<td>Visite</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>HD CRENI</td>
<td>Madarounfa</td>
<td>Visite</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>CSI CRENAS</td>
<td>Madarounfa</td>
<td>Visite</td>
</tr>
<tr>
<td>27 octobre</td>
<td>MARADI</td>
<td>DRSP</td>
<td>Maradi</td>
<td>Introduction</td>
</tr>
<tr>
<td>Date</td>
<td>REGION</td>
<td>Organisation</td>
<td>Lieu</td>
<td>But</td>
</tr>
<tr>
<td>------------</td>
<td>----------</td>
<td>-----------------------------------------------------------------------------</td>
<td>------</td>
<td>------------------------------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>28 octobre</td>
<td>NIAMEY</td>
<td>CHU de Niamey, Dr Guero Tankari</td>
<td>Niamey</td>
<td>Réunion et Visite</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>MSP/DN, MSP/Ressources humaines, OMS UNICEF, Ecole nationale de santé publique</td>
<td>Niamey</td>
<td>Réunion, discussion sur révision du programme de formation en nutrition</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>MSP/DN</td>
<td>Niamey</td>
<td>Réunion</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>FHI 360</td>
<td>Niamey</td>
<td>Réunion</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>HKI</td>
<td>Niamey</td>
<td>Réunion</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>UNICEF</td>
<td>Niamey</td>
<td>Réunion</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>USAID</td>
<td>Niamey</td>
<td>Réunion</td>
</tr>
</tbody>
</table>
## Annexe 3: Contacts au Niger

<table>
<thead>
<tr>
<th>Organisation</th>
<th>Nom</th>
<th>Fonction</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ACH</td>
<td>Coudert Karine</td>
<td>Coordinatrice médicale</td>
</tr>
<tr>
<td>ACH</td>
<td>Frederic Ancelin</td>
<td>Responsable de base Mayahi</td>
</tr>
<tr>
<td>ACH</td>
<td>Jacques Alain Adousou</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ACH</td>
<td>Sambo Sidikou</td>
<td>Chef de projet adjoint</td>
</tr>
<tr>
<td>FHI 360</td>
<td>Rougiatou Diallo</td>
<td>Représentant (rep) pays</td>
</tr>
<tr>
<td>FHI 360</td>
<td>Rene Djamen</td>
<td>Assistant rep pays</td>
</tr>
<tr>
<td>FHI 360</td>
<td>Kadri Nana</td>
<td>Coordinateur UNHAS</td>
</tr>
<tr>
<td>Africare</td>
<td>Dr Djibril Isaa</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BEFEN</td>
<td>Maidaadj Oumarou</td>
<td>Chef de délégation</td>
</tr>
<tr>
<td>CRF</td>
<td>Clementine Leprette</td>
<td>Chef de bureau Zinder</td>
</tr>
<tr>
<td>CRF</td>
<td>Pheliphine Tuyse</td>
<td>Coordinateur Zinder</td>
</tr>
<tr>
<td>CRF</td>
<td>X</td>
<td>X</td>
</tr>
<tr>
<td>CRS</td>
<td>Ali Abdulaye</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CS Kourgamari, Diffa</td>
<td>Abdou Boucar</td>
<td>ASC</td>
</tr>
<tr>
<td>CSI Boudoum, Maine Soroa</td>
<td>Mariama Ouseini Abari</td>
<td>Infirmier</td>
</tr>
<tr>
<td>CSI Malam Boukardi, Diffa</td>
<td>Mouda Maman</td>
<td>Chef de poste</td>
</tr>
<tr>
<td>CSI Kassama, Miririah</td>
<td>Abdou Ondja</td>
<td>Chef de poste</td>
</tr>
<tr>
<td>CSI Koren Habjia, Mayahi</td>
<td>Lawali Boube</td>
<td>Chef de poste</td>
</tr>
<tr>
<td>CSI Malamboulamari, Maine Soroa</td>
<td>Inayatou Amadou</td>
<td>Infirmier</td>
</tr>
<tr>
<td>CSI Tanda, Gaya</td>
<td>Omar Zeinam et X</td>
<td>Sage femme, chef de poste, infirmière</td>
</tr>
<tr>
<td>CSI Terra, Gaya</td>
<td>X</td>
<td>Chef de poste</td>
</tr>
<tr>
<td>MSP/DN</td>
<td>Dr Aboubacar Mahamadou</td>
<td>Directeur a.i.</td>
</tr>
<tr>
<td>MSP/Ressources Humaines</td>
<td>Boubacar Thiombiano</td>
<td>Directeur</td>
</tr>
<tr>
<td>DRSP Diffa</td>
<td>Mahamadou Adamou</td>
<td>Point focal régional</td>
</tr>
<tr>
<td>DRSP Dosso</td>
<td>Dr Katta Mousa</td>
<td>Directeur adjoint</td>
</tr>
<tr>
<td>DRSP Dosso</td>
<td>Mme Bello Zeinabou (Sylvie)</td>
<td>Point focal nutrition</td>
</tr>
<tr>
<td>DRSP Zinder</td>
<td>Nassaratou</td>
<td>Point focal nutrition</td>
</tr>
<tr>
<td>ECD Maine Soroa</td>
<td>Assoumane Guero</td>
<td>Médecin Chef</td>
</tr>
<tr>
<td>ECD Diffa</td>
<td>Assoumane Guero Issoufou</td>
<td>Médecin Chef</td>
</tr>
<tr>
<td>ECD Diffa</td>
<td>Mato Seydou</td>
<td>X</td>
</tr>
<tr>
<td>ECD Gaya</td>
<td>Harane Souleymane</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ECD Gaya</td>
<td>Hamadou Hajara</td>
<td>Asistante sociale</td>
</tr>
<tr>
<td>ECD Gaya</td>
<td>Lawali Arzika</td>
<td>Médecin Chef</td>
</tr>
<tr>
<td>ECD Gaya</td>
<td>Sidi Be Laure</td>
<td>Point focal nutrition</td>
</tr>
<tr>
<td>ECD Madarounfa</td>
<td>Mamoud Mefada</td>
<td>Communicateur</td>
</tr>
<tr>
<td>ECD Mayahi</td>
<td>X</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ECD Mayahi</td>
<td>X</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ECD Mayahi</td>
<td>X</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ECD Tillaberi</td>
<td>X</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FORSANI</td>
<td>Aboubacar</td>
<td>Coordondateur Madarounfa</td>
</tr>
<tr>
<td>FORSANI</td>
<td>Sidi Be</td>
<td>Médecin de référence Madarounfa</td>
</tr>
<tr>
<td>FORSANI</td>
<td>Lawali</td>
<td>Coordinateur Maradi</td>
</tr>
<tr>
<td>HD CRENI Mayahi</td>
<td>Rabi Akuri</td>
<td>X</td>
</tr>
<tr>
<td>HD CRENI Mayahi</td>
<td>X</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HD Maine Soroa</td>
<td>Ramatou Acroni Issafas</td>
<td>Infirmière Chef</td>
</tr>
<tr>
<td>HD Maine Soroa</td>
<td>Nafisa</td>
<td>Médecin Save the Children</td>
</tr>
<tr>
<td>HELP</td>
<td>Dr Albert Tshiula</td>
<td>Coordonateur médical</td>
</tr>
<tr>
<td>HELP</td>
<td>Mokhtar Kodo</td>
<td>Coord Tillaberi</td>
</tr>
<tr>
<td>HKI</td>
<td>Manily Knierniens</td>
<td>Représentante</td>
</tr>
<tr>
<td>HKI</td>
<td>Dr Bamba Ibrahim</td>
<td>Représentant adjoint</td>
</tr>
<tr>
<td>HKI</td>
<td>Dr Saleh</td>
<td>Coordonateur Tanout/Mirria, Zinder</td>
</tr>
<tr>
<td>HKI</td>
<td>Lawali Moussa Gri</td>
<td>Coordinateur Zinder</td>
</tr>
<tr>
<td>HKI</td>
<td>Harouna Hamani</td>
<td>Chargé de programme</td>
</tr>
<tr>
<td>HKI</td>
<td>Halimatou Niandou</td>
<td>Coordinateur nutrition</td>
</tr>
<tr>
<td>Organisation</td>
<td>Nom</td>
<td>Poste</td>
</tr>
<tr>
<td>-----------------------</td>
<td>----------------</td>
<td>------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>HKI</td>
<td>Oumarou Balki</td>
<td>Nutrition Doutchi</td>
</tr>
<tr>
<td>HKI</td>
<td>ElHadj Houmar</td>
<td>Coordinateur Diffa</td>
</tr>
<tr>
<td>HKI</td>
<td>ATawal Mustafa</td>
<td>Administrateur Diffa</td>
</tr>
<tr>
<td>HKI</td>
<td>Mai Ariabba</td>
<td>Animateur Diffa</td>
</tr>
<tr>
<td>MDM France</td>
<td>Barro Mamoudou</td>
<td>Coordinateur général</td>
</tr>
<tr>
<td>MDM France</td>
<td>Dr Hama</td>
<td>Coordinateur Keita</td>
</tr>
<tr>
<td>MSF-CH</td>
<td>X</td>
<td>Pédiatre CRENI Zinder</td>
</tr>
<tr>
<td>MSF-CH</td>
<td>X</td>
<td>Pédiatre CRENI Zinder</td>
</tr>
<tr>
<td>OMS</td>
<td>Dr Nzeylmana</td>
<td>Action Humanitaire</td>
</tr>
<tr>
<td>OMS</td>
<td>Mariama</td>
<td>Nutritionniste</td>
</tr>
<tr>
<td>PAM</td>
<td>Rachel Fuli</td>
<td>Nutritionniste</td>
</tr>
<tr>
<td>PAM</td>
<td>Tidjani Bintou</td>
<td>Chargé programme nutrition</td>
</tr>
<tr>
<td>PAM</td>
<td>Sylia Moyadi</td>
<td>S&amp;E</td>
</tr>
<tr>
<td>Save the Children</td>
<td>Dr Cissé</td>
<td>Nutritionniste</td>
</tr>
<tr>
<td>Save the Children</td>
<td>Samana Aissa</td>
<td>Coord. Santé et nutrition Diffa</td>
</tr>
<tr>
<td>Save the Children</td>
<td>Dr Didier</td>
<td>Chef de poste a.i. Diffa</td>
</tr>
<tr>
<td>Save the Children</td>
<td>Tamakloe</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>UNICEF</td>
<td>Gwenola Desplats</td>
<td>Nutritionniste</td>
</tr>
<tr>
<td>UNICEF</td>
<td>Dr Eric Alain</td>
<td>Nutritionniste, chef</td>
</tr>
<tr>
<td>UNICEF</td>
<td>Ategbo</td>
<td>Nutrition Zinder</td>
</tr>
<tr>
<td>UNICEF</td>
<td>Elisabeth</td>
<td>Consultant DN</td>
</tr>
<tr>
<td>UNICEF</td>
<td>Zanou</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>URC</td>
<td>Dr Amsagana</td>
<td>Directeur régional</td>
</tr>
<tr>
<td>USAID</td>
<td>Rob Luneburg</td>
<td>USAID-OFDA in Niger</td>
</tr>
<tr>
<td>USAID/OFDA Dakar</td>
<td>Regina Davis</td>
<td>OFDA régionale</td>
</tr>
<tr>
<td>Village</td>
<td>Malam Boukardi</td>
<td>Relais communautaires, femmes</td>
</tr>
<tr>
<td>Village</td>
<td>Village ENA</td>
<td>et enfants</td>
</tr>
<tr>
<td>Village</td>
<td>Chetimasisdiri</td>
<td>Relais communautaires, femmes</td>
</tr>
<tr>
<td>World Vision</td>
<td>Souleymane Ousmane</td>
<td>Coordinateur PCMA</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
Annexe 4 : Termes de référence

Termes de référence

Revue des programmes de prise en charge à base communautaire de la malnutrition aiguë en Afrique de l'Ouest

1. Objectifs

Aux fins d’aider à identifier les priorités des programmes 2010 et 2011 de l’USAID/Bureau pour l’Assistance en cas de catastrophe à l’étranger (OFDA), et de déterminer où devrait se diriger l’investissement de l’OFDA pour soutenir l’institutionnalisation et les meilleures pratiques de prise en charge à base communautaire de la malnutrition aiguë (PCMA), la revue compte les objectifs suivants :

a) Faire le point de la mise en œuvre de la PCMA au Burkina Faso et au Mali, et si la situation politique sur le terrain le permet, également au Niger et en Mauritanie et rédiger un rapport de situation des activités de la PCMA dans chaque pays

b) Revoir la performance et l’efficacité des programmes de la PCMA et, si on dispose de données suffisantes, formuler des recommandations pour renforcer les systèmes de suivi et de rapports

c) Analyser la pertinence des activités financées par DCHA/OFDA et voir dans quelle mesure elles contribuent à des systèmes de santé viables au niveau national

d) Identifier les défis, les opportunités, les lacunes, les meilleures pratiques et l’enseignement retiré de la mise en œuvre de la PCMA dans chaque pays

e) Faire des recommandations à DCHA/OFDA sur la meilleure manière de relever les défis, d’exploiter les opportunités et de combler les lacunes retenues, sur les meilleures pratiques dont pourront profiter d’autres programmes et sur la meilleure application des leçons apprises dans la région et dans le monde.

2. Données générales

La PCMA est une approche novatrice de prise en charge de la malnutrition aiguë chez les enfants, dans des sites décentralisés au sein de la communauté. La PCMA permet le dépistage précoce des cas de malnutrition aiguë, offre un accès élargi au traitement, favorise un plus grand engagement et soutien de la communauté et aboutit à une couverture élargie. L’approche intégrale à la PCMA comprend quatre composantes essentielles : extension communautaire, prise en charge en soins ambulatoires de la malnutrition aiguë sévère (PEC MAS ambulatoire) sans complications médicales, prise en charge en soins hospitaliers de la malnutrition aiguë sévère (PEC MAS hospitalière) avec complications médicales et alimentation supplémentaire pour la prise en charge de la malnutrition aiguë modérée (MAM).

En 2008, en réponse aux catastrophes répétées dans la région, notamment les crises nutritionnelles et l’insécurité alimentaire toujours plus grande provenant de la pauvreté, des chocs du marché, des conditions climatiques et des conflits, l’OFDA a mis au point une stratégie régionale pour l’Afrique de l’Ouest et des plans spécifiques aux divers pays dans le but de diminuer la malnutrition aiguë dans les communautés vulnérables et fragiles. La plupart des buts de la stratégie régionale sont liés au renforcement des capacités en matière de PCMA. À l’appui de ces buts, la stratégie régionale prévoit le renforcement des capacités liées à la PCMA par le biais de diverses stratégies dont une formation durable, la revue des pratiques et la formulation de directives pour l’extension communautaire.
Depuis les crises nutritionnelles de 2005, l’OFDA et d’autres donateurs intervenant essentiellement dans les situations d’urgence ont apporté leur soutien aux programmes de la PCMA en Afrique de l’Ouest par le truchement d’organismes des Nations Unies et d’organisations non gouvernementales (ONG), de pair avec des activités visant à renforcer la capacité des pays hôtes à intégrer la PCMA aux systèmes nationaux de santé. Le Sahel, qui est la région la moins développée dans le monde, continue à avoir des taux de malnutrition aiguë globale (MAG) élevés en permanence qui sont du niveau des situations d’urgence alors que la région ne connaît pas actuellement de conditions de crise, bien que par ailleurs les prix des aliments et du carburant restent élevés dans la région. Selon les enquêtes faites en 2005, le Burkina Faso avait un taux de prévalence de l’émaciation de 11.7%20 alors, qu’en 2007, le MICS (Enquête à indicateurs multiples) de l’UNICEF signalait une prévalence de 23%, nettement au-dessus du seuil d’urgence de 15%. La prévalence de l’émaciation au Mali et en Mauritanie est de 13%, et au Niger, elle est de 10%, juste au-dessus du seuil indiquant une situation grave21.

L’OFDA dispose actuellement de plans pour 2008-2010 qui sont spécifiques à trois des quatre pays de l’Afrique de l’Ouest, le Burkina Faso, le Mali et le Niger. L’OFDA n’a pas mis au point de plan pour la Mauritanie mais finance les services de la PCMA dans ce pays. Une année après que ces plans ont été préparés, la situation sur le terrain continue à évoluer et l’impact de la mise en œuvre de la PCMA et le renforcement des capacités dans les quatre pays restent flous, chaque pays se heurtant à ses propres défis. L’OFDA cherche donc à recevoir un rapport faisant le point sur la situation des approches et activités actuelles de la PCMA dans les conditions actuelles et présentant les aspects nécessitant une attention et/ou de meilleures pratiques qui devraient être intégrées ailleurs dans d’autres programmes.

Au Burkina Faso, malgré l’adoption d’un nouveau protocole de la PCMA, la mise en œuvre a été freinée par la présence limitée des ONG et les faibles capacités en ressources humaines. Il est important d’améliorer le suivi des résultats du renforcement des capacités et formation du personnel de santé. Autre frein à la mise en œuvre, de l’avis de la majorité des parties concernées : la qualité des données sur la malnutrition aiguë. Elle doit être plus précise à l’avenir. Face à ces problèmes, le plan OFDA pour le Burkina Faso se donne quatre objectifs :

1. Institutionnaliser la surveillance et le suivi nutritionnels, selon la méthode SMART
2. Améliorer la capacité du personnel de santé national en matière de PCMA
3. Renforcer l’engagement communautaire dans la mise en œuvre de la PCMA
4. Mobiliser les intervenants sur le long terme et un financement durable pour combattre la malnutrition aiguë

Au Mali, la plupart des ONG sont orientées sur le développement et se concentrent rarement sur la malnutrition aiguë. La Direction de la nutrition du MS n’a pas les capacités nécessaires pour collecter et analyser de manière fiable les données nutritionnelles et mettre en œuvre la PCMA. Après deux années d’exécution au Mali, l’enseignement retiré des pratiques actuelles fait ressortir le besoin de revoir le protocole de la PCMA. Les quatre buts du plan pour le Mali sont les suivants :

1. Améliorer la qualité de la surveillance nutritionnelle
2. Renforcer les moyens de subsistance des ménages et diminuer ainsi le risque de pics de malnutrition aiguë
3. Améliorer la capacité du personnel de santé national en matière de PCMA
4. Mobiliser les acteurs à long terme du développement et un financement durable pour combattre la malnutrition

20 Données de l’OMS utilisées dans l’enquête nationale 2009 sur l’insécurité alimentaire et la malnutrition structurelle au Burkina (ENIAM).
FANTA a procédé à une revue de la mise en œuvre de la PCMA au Niger en 2007 dans le cadre d’une revue de trois programmes22. FANTA a constaté que la mise en œuvre n’était pas de qualité égale et que les protocoles utilisés n’étaient pas uniformes. De plus, les programmes étaient réalisés parallèlement et n’étaient pas intégrés au système de services de santé existant. Le soutien de l’OFDA a été utilisé pour remédier à ces problèmes et par la suite, un net pas en avant a été fait en ce qui concerne l’intégration et l’expansion de la PCMA. Actuellement, le gouvernement continue de dépender du soutien des ONG et les ONG humanitaires continuent à fournir l’essentiel de l’assistance en nutrition. L’enseignement retiré de la mise en œuvre de la PCMA et les meilleures pratiques retenues ne sont pas appliqués systématiquement. Les deux buts du plan pour le Niger sont les suivants :

1. Exploiter l’enseignement retiré de l’investissement à grande échelle faite dans l’approche de la PCMA au Niger

2. Renforcer la capacité du gouvernement à mobiliser des ressources sur le long terme pour maintenir une capacité adéquate de réponse nutritionnelle

En Mauritanie, l’initiative Renewed Efforts Against Hunger (REACH) est à l’essai depuis plus d’une année23. REACH est une initiative globale qui vise à établir un cadre multisectoriel pour réunir des représentants du gouvernement, des organismes des Nations Unies et des ONG pour coordonner les activités se rapportant à la nutrition et à la sécurité alimentaire, y compris la PCMA, pour identifier les lacunes et formuler des stratégies conjointes. La Mauritanie a été retenue pour cet essai piloté à cause du ralentissement des progrès faits pour diminuer la malnutrition infantile dans le pays et au vu des taux élevés de la malnutrition aigüe et de l’insécurité alimentaire. Grâce à REACH, la coordination de la nutrition et de la sécurité alimentaire s’est améliorée à Nouakchott et le gouvernement prête une plus grande attention aux questions nutritionnelles. Par ailleurs, sur le terrain, la coordination devra encore être améliorée. Cette question et d’autres aspects dans la situation actuelle entourant la mise en œuvre de la PCMA seront étudiés lors de la revue du programme.

3. Activités

FANTA-2 fera une revue de la mise en œuvre du programme de la PCMA, notamment de son intégration aux systèmes nationaux de santé au Burkina Faso, au Mali, et en fonction de la situation politique, en Mauritanie et au Niger. La revue évaluera les approches programmatiques et politiques associées à une mise en œuvre réussie de la PCMA et son intégration aux niveaux national et local dans divers contextes de pays afin de présenter à l’OFDA un rapport de situation par pays, de retirer l’enseignement pertinent et de faire des recommandations sur les défis, les meilleures pratiques et les lacunes à combler, avec le soutien de l’OFDA pendant l’exercice fiscal 2010 et 2011. La revue appuiera les activités de planification de l’OFDA et servira également d’outil de plaidoyer pour guider d’autres donateurs vers le soutien de la PCMA dans la région. La revue pourra se reporter à l’examen fait par l’UNICEF de la mise en œuvre de la PCMA dans dix pays, examen devant être fait à peu près au même moment. FANTA-2 communiquera à l’UNICEF les résultats de sa revue de programme si elle est faite avant la revue de l’UNICEF.


3.1 Examen des documents

Un examen sera fait de l’information existante sur la mise en œuvre, l’intégration et la performance de la PCMA pour comprendre le contexte, la structure et la performance des programmes de la PCMA. Une étude sera donc faire des divers documents et rapports obtenus du MSP, de l’ONU et des partenaires ONG de santé et de nutrition, tels que les politiques et plans stratégiques en santé et nutrition du MSP, les directives et/ou protocoles pour la PCMA et la documentation de la PCMA (rapports d’avancement, rapport de suivi, rapports de revue et d’évaluation, rapports des ateliers, matériel de formation et aides de travail et informations supplémentaires sur les composantes du programme, logistique et gestion). L’OFDA/WNARO et les partenaires de l’exécution aideront à avoir accès aux documents pertinents.

3.2 Visites dans le pays

Suivant la compilation des informations contextuelles et générales, l’équipe FANTA-2 se rendra dans chaque pays. La mise en œuvre de la PCMA sera revue aux niveaux national, sous-national, de district et communautaire dans le but de documenter comment se déroule l’exécution des activités du point de vue de l’accès aux services et aux fournitures, de la qualité des services et compétences du personnel de santé, y compris la compréhension fondamentale des procédures pour identifier la malnutrition aiguë et l’application du protocole national. Une grande importance sera accordée à l’intégration de la PCMA dans les systèmes de santé et les institutions communautaires, le contexte favorable à une telle intégration et le développement de stratégies pour la reproduction.


Les consultations serviront à obtenir les perceptions sur l’efficacité relative des programmes et les défis rencontrés pour mettre en œuvre et intégrer la PCMA. L’équipe de revue, en accord mutuel avec le MSP, l’UNICEF et les partenaires déterminera les sites qui seront choisis, soit de manière aléatoire soit pour leur côté pratique.

Au niveau communautaire, pour chaque programme de PCMA choisi, on choisira des établissements de santé avec des soins ambulatoires, des soins hospitaliers et un programme de nutrition supplémentaire (PNS). On organisera des observations sur le site, des entretiens avec les informateurs clés et des groupes de discussion avec les gestionnaires de la santé, les agents de santé, les coordinateurs et les agents de l’extension communautaire, les bénéficiaires (mères ou autres personnes qui s’occupent des enfants), les dirigeants communautaires et les membres de la communauté.

Les questions clés sur la mise en œuvre et l’intégration de la PCMA pour la revue des programmes et des services aux niveaux national, sous-national, de district et communautaire seront adaptées à l’informant.

3.3 Préparation du rapport

Annexe 5 : Questions clés pour l’étude de documents et visites dans le pays

1. QUESTIONS CLES POUR L’ETUDE DE DOCUMENTS

1.1. Contexte du pays :

Quelles sont les conditions sous-jacentes sur le plan de la nutrition et de la santé ainsi que les conditions institutionnelles et politiques dans lesquelles la PCMA a été introduite, mise en œuvre et intégrée ? Quels sont les éléments d’un contexte favorable à la PCMA qui sont en place ?

1.2. Mise en œuvre et performance du programme :

Quelles sont les composantes de la PCMA (PEC MAS ambulatoire, PEC MAS hospitalière, programme d’alimentation supplémentaire, mobilisation communautaire) qui sont mises en place et par quelle(s) organisation(s) ou par quel ministère ? Quelle est la couverture des programmes ? Quelle est la performance telle qu’évaluée par les examens et revues faits à ce jour ? Faire la cartographie des programmes et services de la PCMA existants, des rôles et des responsabilités

1.3. Intégration du programme :

Quels sont les domaines de programmes qui sont intégrés aux systèmes nationaux de santé, y compris la mise en œuvre des services, des systèmes d’approvisionnement, de formation et d’assurance de la qualité ? Quelles sont les stratégies et directives pour l’intégration et l’expansion de la PCMA ?

2. QUESTIONS CLES POUR LES VISITES DANS LE PAYS

Niveau district/national/sous-national

2.1. Environnement favorable :

Quels sont les éléments d’un contexte favorable qui sont en place : leadership technique et coordination du MSP, directives nationales, répertoire national de données, équipe de soutien technique, financement durable, traitement gratuit pour les enfants, plan d’urgence/imprévu ? Quelles sont les activités planifiées pour renforcer le contexte favorable et existe-t-il un plan stratégique ? Est-ce que la coordination est assurée entre les programmes pertinents (par exemple, pour améliorer la couverture, constance entre les protocoles et partage de ressources) ?

2.2. Compétences du personnel :

La PCMA figure-t-elle au programme de la formation de base avant l’emploi ? Comment la formation continue est-elle dispensée et par qui ? Quels sont les établissements d’enseignement qui enseignent la PCMA ? Existe-t-il des sites d’apprentissage et/ou un centre d’excellence ? La PCMA est-elle inscrite dans les descriptions des tâches ? Existe-t-il un échange d’informations entre collègues ? Une institution nationale de recherche participe-t-elle aux travaux de recherche ?

2.3. Accès aux services :

Quelle est la couverture géographique des services ? Qui met en œuvre les services et comment les responsabilités sont-elles réparties entre le MSP et les partenaires ? Les services sont-ils en place pour les districts les plus vulnérables ? L’expansion progressive est-elle faite ou planifiée ? L’extension communautaire est-elle effectivement en place ? La PEC MAS ambulatoire est-elle décentralisée et la PEC MAS hospitalière centralisée lorsque le personnel qualifié est disponible ? Existe-t-il un système de référence fonctionnel entre la
PEC MAS hospitalière et ambulatoire ? Est-ce que les services ont un nombre suffisant de personnel qualifié ? La PCMA fait-elle partie des services de santé de routine ? Est-ce que le système informel participe à la PCMA ? Les bénéficiaires de la PCMA sont-ils reliés aux autres services communautaires pour renforcer l’accès aux soins de santé de qualité et à une alimentation adéquate ?

2.4. Accès aux équipements et aux fournitures :

Comment la gestion, y compris l’équipement et les fournitures de la PCMA, est-elle organisée et par qui ? Existe-t-il un autre système d’approvisionnement en place ? Existe-t-il une production nationale d’aliment thérapeutique prêt à l’emploi (ATPE) et cette production suffit-elle à répondre aux besoins du pays ? Existe-t-il un système de marketing social en place pour l’aliment thérapeutique prêt à l’emploi (ATPE) et d’autres opportunités se présentent-elles ?

2.5. Qualité des services :


2.6. Défis et possibilités des programmes intégrés :

Quelle a été l’expérience opérationnelle concernant une éventuelle intégration de la PCMA aux établissements de santé nationaux ? Quels sont les obstacles rencontrés ? A-t-on retenu des possibilités de renforcer l’intégration ? Où l’intégration a-t-elle accomplie de manière réussie ? Où s’est-elle heurtée à des problèmes et quel en est l’enseignement retiré ?

Niveau communautaire

2.7. Environnement favorable :

Le Bureau de santé du district coordonne-t-il les activités de la PCMA et organise-t-il les réunions techniques de la PCMA ? A-t-on accès aux directives et protocoles standard de la PCMA, pour l’extension communautaire ? Le traitement des enfants est-il gratuit ?

2.8. Compétences du personnel :

La formation continue et l’encadrement en cours d’emploi sont-ils organisés (par exemple, le recyclage) ? Si c’est le cas, comment, où et par qui la formation et/ou l’encadrement sont-ils donnés ? La formation est-elle suffisante ? Existe-t-il un accès à un centre d’excellence ou un site d’apprentissage ? Existe-t-il un accès à l’information sur la PCMA et un échange d’information entre collègues ?

2.9. Accès aux services :

Qui dispense les services et comment les responsabilités sont-elles distribuées entre le MSP et les partenaires ? La PEC MAS ambulatoire est-elle décentralisée et la PEC MAS hospitalière centralisée ? L’extension communautaire ((sensibilisation et mobilisation communautaire, dépistage communautaire, référence, visites à domicile) est-elle en place et couvre-t-elle toutes les communautés dans l’aire sanitaire ? Existe-t-il un système de référence fonctionnel entre les PEC MAS hospitalière et ambulatoire ? Est-ce que les services ont un nombre suffisant de personnel qualifié ? La PCMA fait-elle partie des services de santé de routine ? Est-ce que le système informel de santé participe à la PCMA ? Une éducation nutritionnelle et de santé est-elle donnée ? Les bénéficiaires de la PCMA sont-ils en lien avec
les autres services communautaires pour renforcer l’accès aux soins de santé de qualité et à une alimentation adéquate ?

2.10. Accès aux équipements et fournitures:


2.11. Qualité des services :


2.12. Défis et possibilités des programmes intégrés :

Comment les programmes de la PCMA sont-ils intégrés sur le terrain (services, composition du personnel, logistique, formation, gestion) ? Quels sont les défis rencontrés et comment peuvent-ils être relevés ? Quelles sont les difficultés qui n’ont pas pu être résolues ?
Annexe 6 : Composantes de la PCMA et Cadre d’intégration

Figure 1: La PCMA et ses composantes

Figure 2: Cadre d’intégration des domaines de la PCMA, y compris contexte favorable, compétences, accès aux services, accès aux fournitures et qualité des services