

CMAM 2021

22-25 March

VIRTUAL CONFERENCE

ETUDE DE CAS 1

NIGER

Passage à l'échelle de
la prise en charge de la
malnutrition au Niger:
un cas d'étude



1.

Contexte

L'émaciation, un fardeau

Le Niger, pays sahélien enclavé d'Afrique de l'Ouest, est soumis à de fréquents chocs climatiques, à l'insécurité et à des urgences humanitaires.

Le retard de croissance et émaciation chez les enfants constituent un problème persistant, le pays ayant connu des urgences nutritionnelles critiques en 2005, 2010, 2015 et 2018 (MAG \geq 15%). Par ailleurs, en dehors de ces périodes d'urgence, la prévalence de l'émaciation dépasse encore le seuil élevé selon les normes de l'OMS-UNICEF¹, ce qui signifie que de nombreux enfants au Niger n'atteignent pas leur plein potentiel (voir figure 1). Si l'émaciation persiste dans l'ensemble du Niger, les régions de Zinder, Maradi et Tahoua sont traditionnellement les plus touchées.

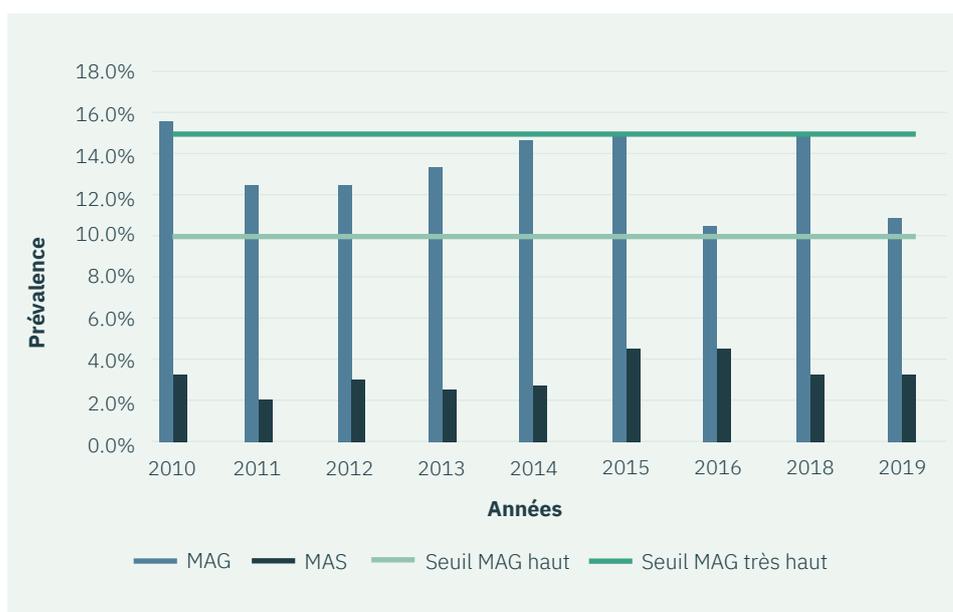


Figure 1. Prévalence de la MAG et de la MAS au Niger d'après les enquêtes SMART nationales 2010-2019, comparée aux seuils de nutrition d'urgence de l'OMS-UNICEF (1,3). (Note : les données de 2017 ne sont pas disponibles)

La prévalence constamment élevée de la Malnutrition Aiguë Globale se traduit par un nombre élevé d'admission des enfants dans les programmes de prise en charge. La moyenne des admissions annuelles entre 2010 et 2019 était de 334.233 enfants, avec une moyenne de 49.842 enfants supplémentaires par an nécessitant des soins hospitaliers dans les centres de stabilisation (1).

1 La prévalence de la malnutrition aiguë globale de 10 à 14,9 % est considérée «haut » et une MAG supérieure à 15 % est « très haut » (3).

Politiques et cadres de l'émaciation

Afin de répondre à une crise nutritionnelle qui évolue rapidement, le ministère de la Santé publique (MSP) du Niger a commencé à piloter la CMAM en 2005, avec l'élaboration d'un protocole national intégrant le traitement ambulatoire (2). Jusqu'en 2007, la fourniture de services nutritionnels ambulatoires était en grande partie assurée parallèlement au système de santé par des ONG internationales. Les révisions du protocole national en 2006 et 2009 ont permis d'intégrer le traitement de l'émaciation dans le système de santé national. En outre, le ministère de la santé publique a été restructuré en 2007 afin d'améliorer l'image de la nutrition par la création de la Direction de la Nutrition.

Couverture et qualité des services

Cependant, malgré l'intégration des services de lutte contre l'émaciation dans les cadres stratégiques et les stratégies sanitaires du pays, les données disponibles indiquent que la couverture des services de lutte contre l'émaciation grave et l'œdème nutritionnel reste largement inférieure aux normes SPHERE dans les zones rurales (figure 2) (1,4,5). Cependant, ces données sont limitées car elles représentent un mélange de zones sans représentation cohérente au fil des ans. En outre, ces données n'incluent pas la couverture des services pour l'émaciation modérée. Le faible accès aux produits pour la gestion de l'émaciation modérée étant limité pour une catégorie d'enfants (6 à 23 mois) et certaines régions, l'on peut supposer que la couverture de ces services est probablement inférieure à celle de l'émaciation sévère.

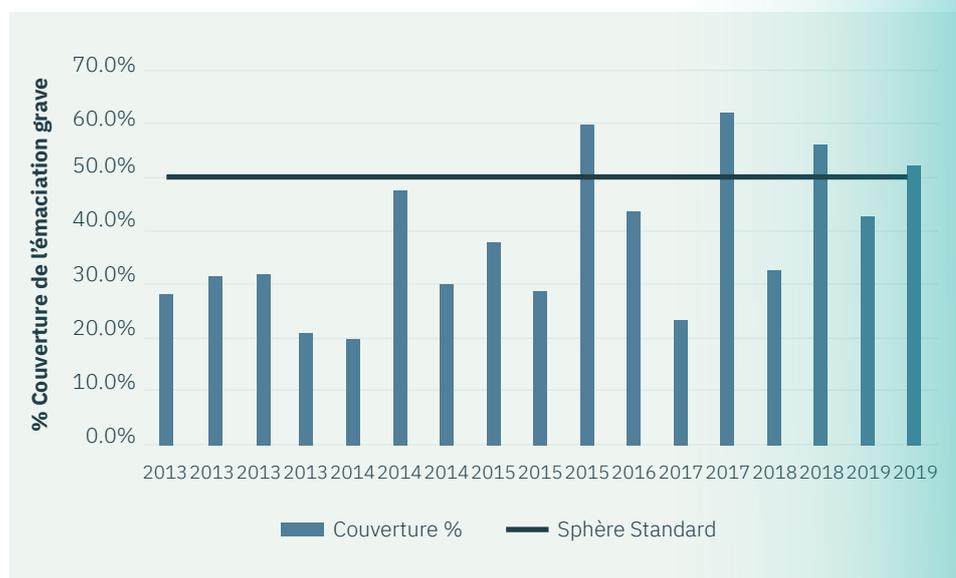


Figure 2. Coverage of cases of severe wasting compared to the SPHERE standard for rural areas. (based on results from 17 SQUEAC/ SLEAC surveys) (1,4,5).

Il existe plusieurs obstacles à l'accès aux services d'émaciation au Niger, tels qu'une mauvais l'accueil au centre, les problèmes de continuité de l'approvisionnement, et l'accès géographique. Alors que la plupart des centres de santé du Niger proposent des services de traitement de l'émaciation dans le cadre du programme de santé minimum², la couverture des soins de santé primaires reste faible au Niger, seule la moitié de la population (51 %) ayant accès à un établissement³(1). Les postes de santé (cases de santé) les plus importants en nombre offrent rarement des services⁴ de traitement de l'émaciation. Cela limite l'accès aux services de santé et de nutrition. En outre, alors que le traitement de l'émaciation modérée est intégré dans le protocole national de santé, la disponibilité de produits nutritionnels spécialisés, tels que les Suppléments Alimentaires Prêts à l'Emploi (SAPE), est limitée. En cas de stock, les SAPE ne sont normalement disponibles que dans les régions du pays qui présentent le niveau d'émaciation le plus important.

Lorsque l'on considère les mesures de la qualité des services, les critères de sortie pour l'émaciation grave répondent systématiquement aux normes SPHERE, avec un taux de guérison supérieur à 75%, un taux de décès inférieur à 3% mais aussi un taux d'abandon inférieur à 15% pour les services ambulatoires. L'exception est le taux d'abandon qui dépasse les normes SPHERE en 2010, 2012 et 2013 (1). La raison pour laquelle le nombre des abandons est élevé au cours de ces années n'est pas clairement comprise. L'observation directe des services montre un niveau acceptable de respect des protocoles de traitement, à l'exception des séances d'information sur la santé, qui ne semblent pas être prioritaires pour le personnel médical infirmier (1).

334,233 enfants
par an

La moyenne des admissions
annuelles entre 2010 et 2019

+49,842 enfants
par an

une moyenne de 49.842 enfants
supplémentaires par an nécessitant
des soins hospitaliers dans les
centres de stabilisation (1).

- 2 Selon les données du MSP, 99 % des Centres de Santé Intégrés (CSI) offrent des PTA et 96 % le SFP (en fonction de la disponibilité des produits de réhabilitation nutritionnelle).
- 3 Définie comme la proportion de la population ayant accès à un établissement de santé dans un rayon de 0 à 5 km.
- 4 Seuls 4 % des Cas de Santé (CS, Health Posts) offre des PTA, tandis que 8 % offrent le SFP (en fonction de la disponibilité des produits de réhabilitation nutritionnelle).

2.

**Principaux
succès**

Si des difficultés persistent en ce qui concerne la couverture des services au Niger, il est clair que le système existant de gestion des services de prise en charge de l'émaciation a contribué de manière significative à la réduction de la mortalité des enfants de moins de cinq ans (1).

Le gouvernement du Niger s'est engagé à faire en sorte que des services de gestion de l'émaciation soient disponibles dans tous les districts sanitaires du pays, en tant que composante essentielle des services de santé.

Le ministère de la santé publique du Niger a été l'un des premiers à adopter l'approche CMAM Surge, ayant commencé de manière limitée en 2014 dans la région de Tahoua, avec une extension plus nette à partir de 2016 à Tahoua et dans d'autres régions du Niger à l'instar d'autres pays d'Afrique de l'Ouest. L'approche CMAM Surge soutient le développement de services de nutrition sensibles aux chocs au niveau des CSI. CMAM Surge vise à soutenir le système de santé et à donner aux travailleurs de la santé les moyens de mieux anticiper les fluctuations de la demande de services de gestion de l'émaciation, de s'y préparer et de s'en remettre. CMAM Surge est unique en ce sens qu'il permet au personnel des établissements de santé d'utiliser ses propres données et sa propre compréhension de la capacité des établissements de santé pour identifier et traiter la surcharge de travail afin de protéger la qualité des services. Les revues d'apprentissage et les évaluations de l'approche démontrent son acceptation par les travailleurs de la santé et sa pertinence dans le contexte du Niger avec des pics saisonniers évidents d'émaciation (4). Une stratégie pour la mise à l'échelle nationale de la CMAM Surge a été rédigée et est en attente d'adoption par le MSP. En 2021, l'approche s'étend à un programme de santé plus holistique, qui inclura d'autres indicateurs de santé influencés par les saisons, notamment le paludisme.

L'approche PB mères visant à détecter et à référer précocement les enfants malnutris est mise en œuvre dans toutes les régions du pays à l'exception de celle d'Agadez. La mise en œuvre de cette approche a permis aux mères de détecter plus tôt (c'est-à-dire avec un MUAC médian élevé) les enfants malnutris et les référés vers les centres de prise en charge. Ainsi les mères le point focal du dépistage ont permis de réduire aussi considérablement le coût pour une année par enfant, par rapport à la stratégie basée sur les RComs.

La stratégie de la mise en œuvre de l'approche PB mère/Famille est en cours d'adoption.

2 Selon les données du MSP, 99 % des Centres de Santé Intégrés (CSI) offrent des PTA et 96 % le SFP (en fonction de la disponibilité des produits de réhabilitation nutritionnelle).

3 Définie comme la proportion de la population ayant accès à un établissement de santé dans un rayon de 0 à 5 km.

4 Seuls 4 % des Cas de Santé (CS, Health Posts) offre des PTA, tandis que 8 % offrent le SFP (en fonction de la disponibilité des produits de réhabilitation nutritionnelle).

3.

**Facteurs
catalyseurs et
obstacles à la
mise à l'échelle
du traitement
de l'émaciation**

Une évaluation complète du programme national CMAM a été achevée en janvier 2021 et comprend une analyse du degré d'intégration de la CMAM dans les différents éléments constitutifs du système de santé au Niger, ainsi que l'identification des principaux obstacles et facteurs favorables à l'élargissement de l'accès et de l'utilisation des traitements (1). Cette section explore les principales conclusions de ce rapport en ce qui concerne la mise à l'échelle des services. Un résumé de cette analyse est présenté dans le tableau 1.

Facilitateurs

Quelques facilitateurs clé ont soutenu l'élargissement des services de lutte contre l'émaciation au Niger :

- › **Gouvernance et leadership.** Le traitement et la prévention de l'émaciation sont clairement inclus dans les cadres stratégiques pour la santé, le développement et la réduction de la pauvreté au Niger. L'intégration du traitement de l'émaciation dans le kit sanitaire essentiel et la disponibilité des services dans la plupart des établissements⁵ de santé, ont contribué à améliorer l'accès aux services au Niger. Les équipes de gestion de la santé au niveau national, régional et de district comprennent toutes des points focaux pour la nutrition, afin de garantir que cet aspect essentiel de la santé est traité de manière adéquate..
- › **Information.** Les systèmes d'information pour la santé et la nutrition sont intégrés dans le DHIS-2, de sorte qu'il n'existe pas de systèmes de données parallèles.

5 Centres de Santé Intégrés (CSI, Integrated Health Centres), Cases de Santé (CS, Health Posts), Centres Hospitaliers Régionaux (CHR, Regional Hospitals), and Centres de Santé de la Mère et de L'Enfant (CSME, Mother and Child Health Centres)

Les éléments constitutifs du système de santé	Degré d'intégration
Gouvernance et leadership	Atteint
Finance	Partiellement atteint
Informations	Atteint
Ressources humaines	Partiellement atteint
Médicaments, fournitures et infrastructures	Partiellement atteint
Prestation de services	Partiellement atteint
Communauté	Partiellement atteint

Tableau 1. Une analyse de l'intégration de la CMAM dans les composantes des systèmes de santé au Niger (1)

Obstacles

Parmi les points clé des blocs qui ne démontrent qu'une intégration partielle, on peut citer

- › **Financement.** Bien que l'émaciation soit bien intégré dans les stratégies et les politiques du MSP, le pays n'a toujours pas de solution pour le financement durable du traitement de l'émaciation. Le principal coût étant les ATPE, qui représentent environ 70 % du budget (1). Un soutien financier extérieur important est encore nécessaire de la part d'agences telles que l'UNICEF et le PAM afin de répondre aux besoins du secteur. Cependant à travers une feuille de route pour la transition du financement de la prise en charge de la malnutrition adoptée en 2020 l'Etat s'est engagé à reprendre graduellement le financement de cette prise en charge.
- › **Ressources humaines.** Dans les établissements de soins primaires, la nutrition est une fonction intégrée aux responsabilités du personnel infirmier de base. Les hôpitaux, en particulier ceux qui disposent de centres de stabilisation pour la prise en charge des patients hospitalisés, disposent d'un personnel spécialisé dans la nutrition qui travaille au sein des équipes de santé. Toutefois, le développement des capacités en matière de gestion de l'émaciation est insuffisamment intégré dans les programmes de formations initiales. Par conséquent, une formation continue complète est toujours nécessaire pour que les infirmières et les médecins acquièrent les compétences nécessaires pour identifier et gérer l'émaciation. Souvent, la formation continue est organisée par le MSP et soutenue par les agences des Nations unies ou des ONG.

- › **Médicaments, fournitures et infrastructures.** L'ATPE est inclus dans la liste des médicaments essentiels pour le Niger. Cependant, historiquement, sa fourniture a été parallèle au système gouvernemental de commande et de livraison d'autres médicaments et fournitures essentiels. Le financement de l'ATPE et d'autres fournitures nutritionnelles est essentiellement assuré par l'UNICEF et le PAM. En outre, il y a eu des problèmes de mise en place en ATPE, et les ruptures de stocks d'ATPE sont fréquentes. En 2020, le MSP, en collaboration avec les principales parties prenantes, a élaboré un plan qui détaille la fourniture de médicaments et de produits essentiels par le gouvernement du Niger⁶. Depuis l'approvisionnement jusqu'à la livraison au niveau du CSI. Ce plan est actuellement testé dans les six districts de la région de Maradi avant d'être déployé au niveau national.
- › **Prestation de services.** Bien que le traitement de l'émaciation soit intégré dans les services de santé, il est possible d'améliorer les soins holistiques de l'unité de soins aux enfants, afin qu'il n'y ait pas d'occasions manquées de soins lorsqu'un enfant accède au traitement de l'émaciation. Bien que des services de traitement de l'émaciation grave soient disponibles dans la plupart des établissements de santé, seulement 51% de la population du Niger a un accès acceptable aux établissements de santé, ce qui limite l'accès au traitement. En outre, la disponibilité des ATPE et d'autres produits pour la gestion de l'émaciation modérée n'est pas constante d'une année à l'autre ; ce qui signifie qu'un nombre important d'enfants émaciés ne reçoivent pas de soutien. Des démonstrations culinaires à bases des aliments locaux ont été développées pour combler cette lacune, mais le nombre global d'enfants émaciés a peu changé au cours des dix dernières années.
- › **Communauté.** Le diagnostic et l'orientation de l'émaciation au niveau communautaire sont réalisés par l'intermédiaire des Relais Communautaires (RCom, Community Screeners / Agent de Dépistage Communautaire (ADC)) et les mères. Bien que certains RCom agissent comme agents ICCM, le traitement de l'émaciation n'est pas actuellement de leur ressort ; voir ci-dessous.

6 <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04698070>

Adaptations récentes aux services d'émaciation

Afin d'améliorer la couverture du traitement de l'émaciation au Niger, le MSP se concentre sur la décentralisation de la détection et la simplification des protocoles d'admission et de traitement. Plusieurs adaptations de la CMAM sont en cours d'extension ou d'expérimentation pour y parvenir.

MUAC de la Mère

La preuve de concept du MUAC dirigé par la famille ou la mère a été achevée au Niger et publiée en 2015 (8), avec un autre pilote à grande échelle renforçant son efficacité et sa pertinence publié en 2016 (9). Les preuves montrent que les mères ou les familles peuvent utiliser de manière fiable les bandes MUAC pour diagnostiquer l'émaciation et que la formation et le soutien qui leur est apporté à cet effet peuvent conduire à une présentation plus précoce dans les établissements de santé et donc à un MUAC médian plus élevé à l'admission et à un besoin réduit de services d'hospitalisation. Les résultats des essais de MUAC de la mère au Niger ont été si convaincants qu'une stratégie nationale pour son extension a été élaborée et est en attente d'adoption par le MSP.

Critères d'admission révisés

Le gouvernement du Niger, en partenariat avec l'ONG Internationale ALIMA, mène un essai pour évaluer l'opportunité d'utiliser des critères d'admission révisés pour saisir l'émaciation modérée et sévère et administrer des doses révisées d'ATPE. L'essai fournira donc des preuves sur l'adéquation ou non des critères d'admission révisés et des doses combinées/réduites d'ATPE pour le Niger. Actuellement, le protocole national au Niger permet des admissions basées sur l'œdème nutritionnel, le MUAC ou le z-score poids-taille (WHZ). Le consensus général au sein du gouvernement est que s'il existe des preuves concrètes de l'utilisation du MUAC pour le dépistage, le WHZ reste une mesure essentielle pour les admissions dans les programmes CMAM (7). L'essai comportait trois bras, comme décrit ci-dessous, et l'admission dans deux des bras se fera via un faible MUAC et/ou un œdème. Les résultats de cet essai, une fois disponible (fin 2021 ou en 2022), pourraient (ou non) fournir des preuves pour modifier le protocole national afin de diminuer l'importance de la WHZ au Niger⁷.

7 <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04698070>

Dosages combinés et réduits de ATPE

L'essai GN/ALIMA évaluera si le dosage adapté des ATPE est aussi efficace et efficient que le traitement standard actuel de l'émaciation modérée et sévère au Niger (qui est basé sur les protocoles actuels de l'OMS). Cet essai comporte trois volets, comme indiqué dans le tableau 2. Alors que le protocole standard pour la prise en charge de l'émaciation sévère commence avec des doses plus faibles d'ATPE et augmente au fur et à mesure que l'enfant prend du poids, le bras OptiMA suppose que les enfants gravement émaciés ont besoin d'une énergie/kg plus élevée au début de la rééducation, en diminuant l'énergie/kg au fur et à mesure qu'ils prennent du poids. CompAS cherche également à simplifier radicalement le dosage des ATPE, en fournissant une dose unique pour l'émaciation sévère et une autre pour l'émaciation modérée.

Les bras de l'étude	Critères d'admission	Protocole de traitement
Protocole standard du Niger	SAM : MUAC <115 mm, WHZ <-3 ou œdème nutritionnel MAM: MUAC 115-125 mm et WHZ >-3 mais <-2 (enfants 6-24 mois)	SAM : ATPE basé sur le poids à chaque visite MAM : RUSF 1 sachet/jour
La branche OptiMA	MUAC <125 mm ou œdème nutritionnel	Utilisation échelonnée des ATPE en fonction du poids : 170 kcal/kg/jour pour MUAC <115 mm ou œdème nutritionnel 125 kcal/kg/jour pour MUAC 115-119 mm 75 kcal/kg/jour pour MUAC 120-124 mm
La branche CompAS	MUAC <125 mm ou œdème nutritionnel	Utilisation normalisée des ATPE : 2 sachet/jour pour MUAC < 115 mm ou œdème nutritionnel 1 sachet/jour pour MUAC < 125 mm

Tableau 2. Description des bras de l'étude GN/ALIMA pour les protocoles d'admission et de traitement ajustés pour l'émaciation.

4.

**Aller de
l'avant**

L'évaluation de la CMAM, achevée en janvier 2021, a mis en évidence les domaines clé pour améliorer la programmation, comme indiqué ci-dessus. Pour aller de l'avant, les éléments suivants permettront de soutenir l'intensification des services de lutte contre l'émaciation au Niger :

- › La simplification de l'admission, des critères de sortie et du dosage des ATPE permettra d'alléger la charge de travail liée à l'émaciation de traitement, ce qui pourrait à son tour accroître la possibilité pour d'autres cadres d'offrir des services de traitement de l'émaciation (par exemple, les postes (cases de santé) de santé).
- › L'approbation de la stratégie nationale pour l'extension du programme PB mères/Famille contribuera à promouvoir l'identification et la présentation précoces afin de réduire les cas d'émaciation compliquée.
- › Identifier une solution durable pour la gestion de l'émaciation modéré.
- › L'amélioration de la chaîne d'approvisionnement et de la logistique pour l'achat et la livraison des ATPE permettra de limiter les ruptures de stock.
- › L'adoption de la stratégie nationale pour l'extension du CMAM Surge et le pilotage d'un Surge Santé plus large, afin de soutenir un système de santé qui peut répondre aux pics de demande de services sans compromettre la qualité et la continuité des services.

En outre, le MSP est très préoccupé par le fait que le nombre total d'enfants émaciés au Niger est resté relativement constant depuis plus de dix ans. Le MSP souhaiterait que les investissements innovants dans la prévention de la malnutrition soient intensifiés au Niger afin de réduire le besoin global de services de traitement de l'émaciation.

Aujourd'hui

le nombre total d'enfants émaciés au Niger est resté relativement **constant depuis plus de dix ans.**

Demain

le Niger a besoin que ses investissements innovants dans la prévention de la malnutrition soient intensifiés afin de réduire le besoin global de services de traitement de l'émaciation.

Littérature citée

1. EVIHDAF (2021). Rapport d'évaluation : Évaluation summative de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère, Niger (2010-2019). République de Niger et UNICEF.
2. Ministère de la Santé Publique et de la Lutte Contre les Endémies (2005). Protocole national de prise en charge de la malnutrition.
3. de Onis M., Borghi E., Arimond M., Webb P., Croft T., Saha K., De-Regil LM., Thuita F., Heidkamp R., Krusevec J., Hayashi C., & Flores-Ayala R. (2018). Prevalence thresholds for wasting, overweight and stunting in children under 5 years. *Public Health Nutrition* 22(1) : 175-179.
4. Concern Worldwide (2019). Rapport d'évaluation finale de la CMAM Surge, Tahoua Niger.
5. Association Sphère. Le Manuel Sphère : Charte humanitaire et normes minimales pour les interventions humanitaires, quatrième édition, Genève, Suisse, 2018. www.spherestandards.org/handbook
6. MSP (2019). Plan stratégique national du système d'approvisionnement en produits de santé pour 2019-2023 prévoit une refonte du système d'approvisionnement.
7. Dalgish SL, Badou MS, Sirat A, Abdullahi O, Adalbert MFE, Biotteau M, Goldsmith A, Kozuki N (2019). Protocole combiné de malnutrition aiguë sévère et modérée dans les situations d'urgence : Perspectives des parties prenantes dans quatre pays. *Nutrition maternelle et infantile* <https://doi.org/10.1111/mcn.12920>
8. Blackwell N., Myatt M., Allafort-Duverger T., Balogoun A., Ibrahim A., & Briend A (2015). Mothers Understand And Can do it (MUAC) : une comparaison entre les mères et les agents de santé communautaires déterminant la circonférence moyenne du bras chez 103 enfants âgés de 6 mois à 5 ans. *Archives de la santé publique* 73 :26. DOI 10.1186/s13690-015-0074-z
9. Alé FGB, Phelan KPQ, Issa H, Defourny I, Le Duc G, Harczi G, Issaley K, Sayadi S, Ousmane N, Yahaya I, Myatt M, Briend T, Allafort-Duverger T, Sheperd S et Blackwell N (2016). Le dépistage de la malnutrition chez les mères par la circonférence moyenne et supérieure du bras n'est pas inférieur à celui des agents de santé communautaires : résultats d'un essai pragmatique à grande échelle dans les zones rurales du Niger. *Archives de la santé publique* 74 :38. DOI 10.1186/s13690-016-0149-5