

CMAM 2021

22-25 March

VIRTUAL CONFERENCE

ETUDE DE CAS 6

PAKISTAN

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



CONCERN
worldwide



Irish Aid

An Roinn Gnóthai Eachtracha agus Trádála
Department of Foreign Affairs and Trade

1.

Contexte

Contexte

Passage à l'échelle de la prise en charge de la malnutrition au Pakistan : un cas d'études¹

Vue d'ensemble de la sous-nutrition infantile au Pakistan

La sous-nutrition infantile reste un problème de santé publique au Pakistan qui contribue aux taux élevés de mortalité infantile (actuellement 74 décès pour 1.000 naissances vivantes) et entrave le développement socio-économique national. Les taux d'émaciation (malnutrition aiguë) et de retard de croissance (malnutrition chronique) chez les enfants de moins de cinq ans sont extrêmement élevés, respectivement 17,7 % et 40,2 %, et environ 5,9 % des enfants souffrent simultanément d'émaciation et de retard de croissance (gouvernement du Pakistan (GdP), 2018). Le Pakistan est l'un des premiers pays au monde à adopter des objectifs nationaux conformes aux Objectifs de Développement Durable (SDG) afin de réduire de 40 % le retard de croissance de même que réduire et maintenir l'émaciation en dessous de 5 %. Toutefois, les progrès vers cet objectif sont lents. Les niveaux de retard de croissance n'ont que très peu diminué depuis 2001 (taux moyen de réduction d'environ 0,4 %) et les niveaux de l'émaciation ont augmenté (de 12,5 % en 1990 à 17,7 % en 2018) (GdP, 2018).

Les facteurs maternels jouent un rôle majeur dans le retard de croissance des jeunes enfants au Pakistan. Selon l'enquête nationale sur la nutrition 2018, 14,4 % des femmes pakistanaises souffrent d'insuffisance pondérale, 42,7 % des femmes sont anémiques et la consommation de suppléments de fer et d'acide folique (IFA) est faible, à 32,9 % (GdP, 2018). Les pratiques d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants sont également sous-optimales. Ainsi, moins de la moitié des mères (45 %) pratiquent l'allaitement maternel précoce, environ la moitié (48 %) pratiquent l'allaitement maternel exclusif des nourrissons de moins de six mois, l'introduction de l'alimentation de complément concerne uniquement un nourrisson sur trois âgé de 6 à 8 mois et seulement 3,6 % des enfants de 6 à 23 mois reçoivent un régime alimentaire minimum acceptable (GoP, 2018). En outre, l'insécurité alimentaire, qui est un autre facteur clé de la sous-alimentation, est également extrêmement élevée, avec 58 % des ménages estimés en situation d'insécurité alimentaire (GoP MPDR, 2018).

1 Modifié à partir de deux articles de terrain de Field Exchange dans le numéro 63 par Dr Baseer Khan Achakzai, Eric Alain Ategbo, James Wachih Kingori, Saba Shuja, Wisal M Khan et Yasir Ihtesham www.ennonline.net/fex/63/pakistanintegrationstoryofchange et Saba Shuja, Eric Alain Ategbo, Yasir Ihtesham et Khawaja Masood Ahmed www.ennonline.net/fex/63/wastingstuntingconnectionpakistan

Évolution du traitement de l'émaciation au Pakistan

La Prise en charge Communautaire de la Malnutrition Aiguë (CMAM/PCIMA/) a été mise en œuvre pour la première fois au Pakistan en 2005 en réponse aux niveaux élevés de malnutrition aiguë des enfants dans les régions du pays exposées aux catastrophes. Entre 2005 et 2011, la PCIMAPCIMA a été mise en œuvre en tant que programme d'urgence vertical, autonome et financé par des donateurs, y compris la réponse aux crues soudaines et aux inondations fluviales en 2010 et 2011 dans les provinces du Punjab et du Sindh. Au cours de cette période, la PCIMAPCIMA a été mise en œuvre par des agences externes par le biais des structures gouvernementales disponibles, si possible, coordonnées par le Cluster Nutrition.

À partir de 2012, guidé par les directives nationales PCIMA (élaborées en 2010 et mises à jour en 2015), le gouvernement a commencé à conduire la mise à l'échelle de la PCIMA dans certains districts d'urgence et de non-urgence. Cette initiative a été mise en œuvre dans le cadre de projets provinciaux de nutrition (au sein des PC1 provinciaux)² par l'intermédiaire d'un cadre distinct de personnel, d'une chaîne d'approvisionnement et de systèmes de gestion de l'information, parallèlement au système de santé gouvernemental.

À partir de 2018, les travaux ont commencé à intégrer pleinement la programmation PCIMA dans l'ensemble des services de routine fournis au niveau des soins de santé primaires au Pakistan, dans le cadre de la fourniture d'un «paquet minimum d'interventions essentielles de nutrition ». Cela comprenait le recours aux agents de santé communautaires du gouvernement (Lady Health Workers) pour la prestation des services, l'intégration des intrants nutritionnels dans le système de gestion logistique sanitaire et l'incorporation d'indicateurs nutritionnels dans la Gestion du Système d'Information de la Santé (GSIS). Ce processus d'intégration est guidé par l'approche prioritaire de contrôle des maladies (DCP3) avec le soutien d'un groupe technique dirigé par le ministère de la santé du gouvernement du Pakistan (GdP), avec la contribution du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF). Il s'inscrit également dans le cadre stratégique de la stratégie multisectorielle de nutrition du Pakistan (PMNS) 2018-2025 et des PC1 fédéraux et provinciaux 2020-2025.

Bien que la couverture des services PCIMA reste faible au Pakistan (moins de 10 %), il s'agit, en fait, d'une période de transition importante vers l'intégration des services de traitement de l'émaciation dans les services de soins de santé primaires, qui offre une possibilité d'étendre rapidement les services vers une couverture complète.

2.

**Principaux
succès**

Succès de la PCIMA en tant qu'intervention d'urgence : De 2005 à 2011, le déploiement des services PCIMA dans le cadre de la réponse d'urgence à plusieurs catastrophes au Pakistan a permis d'éviter la mort d'enfants et, par conséquent, a mis en lumière le succès de l'approche PCIMA au Pakistan. Cela a été un élément moteur important dans l'adoption de la PCIMA par le gouvernement pakistanais.

L'échelle initiale passe à des zones à forte prévalence : De 2012 à 2019, la volonté du gouvernement d'étendre les services de la PCIMA s'est traduite par la mise en place de services de prévention et de traitement de l'émaciation dans les quatre provinces du pays (dans tous les districts du Pendjab, ainsi que dans de nombreux districts du Sind, du Baloutchistan et du Khyber Pakhtunkhwa). En 2019, la couverture globale était d'environ 5 %, avec 265.000 enfants traités de l'émaciation grave et 157.000 enfants traités de l'émaciation modérée dans tout le pays. Bien que ces chiffres soient minimes par rapport aux besoins dans le pays, ils ont été considérés comme une avancée significative concernant la prise en charge de l'émaciation infantile au Pakistan.

S'efforcer d'intégrer les services PCIMA dans les soins de santé primaires

: En 2018, le gouvernement a approuvé la déclaration d'Astana sur la revitalisation de la santé publique et a ensuite adopté l'approche de Priorité de Contrôle des Maladies (DCP3)³. Les partenaires de la nutrition, dont la Banque Mondiale, l'UNICEF, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et le Programme Alimentaire Mondial (PAM), ont pu saisir cette occasion afin de faire pression en faveur de l'intégration des services de nutrition dans le système de soins de santé primaires. Un "paquet minimum d'interventions essentielles de nutrition" a ainsi été mis au point afin d'être dispensé par les établissements publics de soins de santé primaires qui incluent des services PCIMA. Il s'agit d'une réussite clé du processus de la mise à l'échelle à ce jour et offre un réel potentiel pour une couverture plus élevée des services dans tout le pays.

La volonté d'intégrer les services de traitement de l'émaciation dans les stratégies de réduction du retard de croissance :

L'intégration de la prise en charge de l'émaciation chez l'enfant dans la Stratégie Multisectorielle de Nutrition du Pakistan (SMNP) 2018-2025 et dans la PC1 pour 2020-25 (qui vise principalement à accroître les réductions de la prévalence du retard de croissance) reflète une nouvelle compréhension de la simultanéité de l'émaciation, du retard de croissance et de l'émaciation comme un facteur capital expliquant les niveaux élevés de retard de croissance dans le pays. L'intégration de la prévention et du traitement de l'émaciation au cœur des stratégies de réduction du retard de croissance promet d'offrir une plus grande visibilité et des possibilités de financement des services PCIMA à l'échelle.

3 <http://dcp-3.org/>

3.

**Facteurs
favorables et
obstacles à
l'extension du
traitement de
l'émaciation**

Faciliter la généralisation du traitement de l'émaciation

Des **cadres stratégiques et d'orientation importants** : L'élaboration de lignes directrices nationales PCIMA en 2010 a donné une impulsion politique importante à la mise à l'échelle initiale des services PCIMA à partir de 2012. Cette initiative a été menée par le gouvernement du Pakistan, avec le soutien de l'UNICEF, du PAM, de l'OMS et des organisations non gouvernementales (ONG). Cela a fourni un cadre très important pour guider l'expansion future. L'intégration de la PCIMA dans les plans provinciaux (PC1) 2015-2020 a permis de diriger et de déployer les services PCIMA au niveau provincial, ce qui était important dans le contexte de la déconcentration du gouvernement. L'inclusion du traitement et de la prévention de l'émaciation dans la Stratégie Nutrition Multisectorielle du Pakistan (SNMP) 2018-2025 a été essentielle ces dernières années pour placer le traitement de l'émaciation au cœur de la stratégie gouvernementale de réduction du retard de croissance. L'inclusion du traitement de l'émaciation dans la PC1 fédérale pour 2020-2025 (ciblée sur les sections les plus pauvres de la population ; 35% de la population globale) a également été importante pour accélérer le potentiel d'une plus grande couverture des services de traitement.

Utilisation des travailleuses de la santé (LHW) : Jusqu'à récemment, les services de PCIMA au Pakistan étaient assurés par des assistantes en nutrition au niveau des établissements de santé - un cadre spécial de personnel ne n'étant pas officiellement employé par le gouvernement, recruté selon les besoins. Au cours des dernières années, des efforts ont été entrepris pour recourir au nombre élevé d'agents de la santé communautaires afin d'augmenter le nombre d'employés dans le domaine de la nutrition. Cette approche a évolué au cours des sept dernières années et a maintenant été intégrée dans le PC-1 2020-25 fédéral afin d'accroître la couverture des services. La formation à cette fin est actuellement dispensée en cascade, depuis les responsables de district jusqu'aux assistants nutritionnels des établissements, en passant par les travailleurs sociaux. Dans le cadre de la COVID-19, des modalités de formation en ligne sont utilisées. La formation initiale de différents cadres de santé est également à l'étude.

Développement d'une chaîne d'approvisionnement durable : La production locale de suppléments nutritifs spécialisés à base de lipides (Aliments Thérapeutiques Prêts à l'Emploi (ATPE) pour le traitement de l'émaciation sévère, et Aliments Complémentaires Prêts à l'Emploi (APE)) pour le traitement de l'émaciation modérée sont maintenant à des stades avancés de production et sont utilisés dans la mise en œuvre de la programmation PCIMA. Pour soutenir la production locale, le gouvernement a adopté un projet de loi prévoyant une exonération fiscale sur les matières premières importées utilisées dans la production des ACPE; des efforts sont faits pour obtenir une exonération similaire pour la production des ATPE. Cela augmentera la rentabilité du programme et la durabilité du pipeline et permettra l'expansion de la production. Des efforts sont également en cours pour inclure les comprimés et sachets de suppléments de micronutriments multiples (MMS) importés dans la liste des médicaments essentiels.

Intégration dans le système d'information du gouvernement : Pendant de nombreuses années, un système parallèle de rapports a été utilisé pour la programmation PCIMA. Dans le cadre des efforts d'intégration, les indicateurs nutritionnels (y compris ceux liés à la PCIMA) sont maintenant intégrés dans le Système d'Information Sanitaire de District (DHIS) existant afin de rationaliser les informations et les rapports sur la nutrition. Cela contribuera à éclairer les futurs efforts d'intensification.

Faciliter la généralisation du traitement de l'émaciation

Calcul des coûts et affectation des ressources : Une analyse coût-efficacité du kit minimum d'interventions nutritionnelles essentielles proposé est actuellement réalisée par le ministère des services nationaux de santé, de la réglementation et de la coordination (MoNHSR&C), avec le soutien technique de l'UNICEF. Pour soutenir ce processus, la section nutrition du MSSR&C élabore un dossier d'investissement en matière de nutrition pour chacune des quatre provinces (en utilisant Optima Nutrition)⁴. Les résultats de ce processus seront utilisés pour plaider en faveur de l'allocation des ressources nécessaires à la mise en œuvre de la PCIMA à grande échelle au Pakistan par le biais du système de soins de santé primaires.

Omission historique de l'émaciation de traitement dans les stratégies gouvernementales : Historiquement, l'émaciation était considérée comme un problème à court terme au Pakistan, limité aux situations d'urgence. Les services PCIMA ont donc été mis en œuvre en tant que programmes verticaux, dirigés et financés de l'extérieur. La principale impulsion donnée à la programmation multisectorielle a été de réduire les niveaux de retard de croissance dans le pays, grâce à l'élargissement de la programmation multisectorielle dans le cadre du mouvement SUN (Scaling up Nutrition), ce qui a également renforcé cette pensée cloisonnée et a empêché l'inclusion des services de traitement de l'émaciation dans les stratégies et plans gouvernementaux jusqu'à récemment.

Personnel dédié, chaîne d'approvisionnement et systèmes d'information : Bien que les services de la PCIMA à partir de 2012 dans les quatre provinces aient été logés sous le même toit que les établissements de santé publics, ils ont été gérés en parallèle avec les services de santé de routine. Les services PCIMA ont été mis en œuvre par un cadre distinct du personnel de santé (assistants en nutrition) qui a été recruté et maintenu sur la base de projets lorsque les ressources le permettaient, ce qui a rendu la main-d'œuvre non pérenne. En outre, les intrants étaient gérés en dehors du système de la chaîne d'approvisionnement de routine et les informations PCIMA étaient gérées en dehors du système d'information du gouvernement. Cela a conduit à des faiblesses dans les systèmes d'information, d'approvisionnement et de logistique et à une dépendance à l'égard des subventions de financement à court terme pour maintenir les programmes PCIMA en cours, limitant gravement à la fois la couverture et la durabilité à long terme.

Dépendance à l'égard d'un financement externe à court terme : Au cours des premières années de la programmation PCIMA au Pakistan, l'approche a été financée dans des zones spécifiques sujettes à l'urgence dans le cadre de la réponse d'urgence externe. Lorsque le PCIMA a été adopté et étendu par le gouvernement (2012-2019), la dépendance à l'égard du financement extérieur à court terme a été maintenue. Pendant de nombreuses années, cela a entravé l'efficacité et l'efficacité du programme et sa mise à l'échelle.

4 <http://optimamodel.com/>

4.

**Aller
de l'avant**

Le processus d'intégration des services PCIMA dans les soins de santé primaires au Pakistan est en cours. Les prochaines étapes immédiates consistent à ajouter la gestion de l'émaciation à la fonction santé du plan quinquennal (2018-23) et du plan d'action national (2019-23) du gouvernement.

En outre, un examen nutritionnel complet doit être mené aux niveaux national et provincial, afin d'éclairer l'élaboration d'une politique nationale de nutrition fondée sur le consensus et d'une approche standardisée de programmation de la nutrition qui englobe tous les principaux déterminants et manifestations de la nutrition. Ce processus est piloté par le ministère de la santé et des services sociaux et le ministère de la planification, du développement et de la réforme, avec le soutien technique de l'UNICEF.

Une autre étape clé consiste à plaider pour l'allocation des ressources nécessaires au financement de l'intégration des services PCIMA (dans le cadre du paquet d'interventions minimales essentielles de nutrition fourni par les établissements de soins de santé primaires). Cette démarche s'appuiera sur l'exercice d'évaluation des coûts actuellement mené par le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales. La formation de l'ensemble du personnel de santé nécessaire se poursuivra, y compris les agents de santé locaux, la priorité étant accordée aux régions du pays présentant un risque élevé de polio, avec une attention particulière pour les districts où le fardeau de l'émaciation grave est élevé. Par la suite, l'approche sera étendue à l'ensemble du pays.

Références

1. Gouvernement du Pakistan, ministère des services nationaux de santé, réglementation et coordination, volet nutrition (2018) Enquête nationale sur la nutrition 2018
2. Gouvernement du Pakistan et UNICEF (2018). Enquête nationale sur la nutrition au Pakistan (2018). Disponible à l'adresse suivante : www.unicef.org/pakistan/reports/national-nutrition-survey-2018-key-findings-report
3. Ministère de la Planification, du Développement et de la Réforme du Gouvernement du Pakistan (GdP MPDR) (2018) Stratégie Nutritionnelle Multisectorielle du Pakistan 2018-2025.