

CMAM 2021

22-25 March

VIRTUAL CONFERENCE

ETUDE DE CAS 7

SUD-SOUDAN

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



CONCERN
worldwide



Irish Aid

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

1.

Contexte

Le fardeau de l'émaciation

Le Sud-Soudan subit des chocs politiques et climatiques qui aggravent les problèmes d'accès et le manque d'infrastructures de base.

Ces facteurs contribuent à une urgence nutritionnelle persistante. Les données disponibles montrent que les taux moyens de MAG par an restent constamment au-dessus des seuils élevés ou très élevés de l'OMS et de l'UNICEF¹, voir la figure 1 (1, 2).

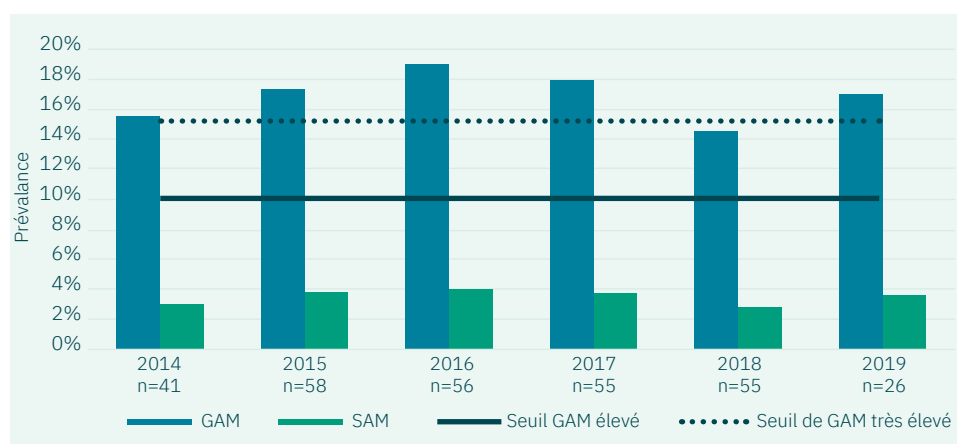


Figure 1. GAM et SAM moyens des enquêtes SMART individuelles 2014-2019 (2).

Les variations saisonnières et géographiques de la prévalence de l'émaciation modérée et sévère dépassent souvent les niveaux déjà alarmants observés ci-dessus. Les États de Jonglei, d'Unity, du Bahr el Ghazal septentrional et du Nil supérieur sont les plus touchés, plus de 60 % de toutes les enquêtes SMART réalisées dans ces régions ayant enregistré une MAG de 15 % ou plus (2).

Chaque année, la valeur maximale de la MAG issue des enquêtes SMART individuelles dépasse régulièrement le seuil critique de la MAG de plus de 10 points de pourcentage et, dans la plupart des cas, de 15 points de pourcentage. Au total, 53 % des comtés du Sud-Soudan connaissent un niveau critique de malnutrition aiguë (>10 % de MAG) (2).

1 Prévalence de la malnutrition aiguë globale 10-14,9 % est considérée comme élevée et une MAG supérieure à 15 % est très élevée et indique une urgence nutritionnelle.

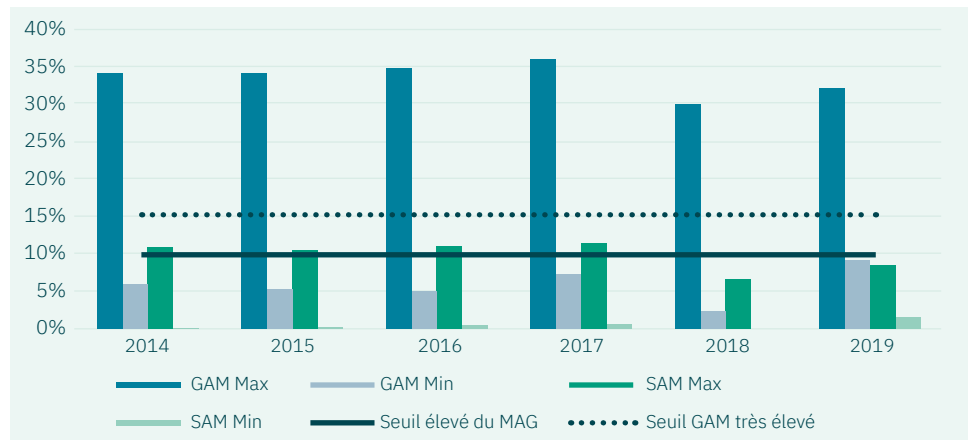


Figure 2. Prévalence maximale et minimale de GAM et SAM à partir des enquêtes SMART (2014-2019).

Politiques et cadres de travail en matière d'émaciation

Au Soudan du Sud, la directive CMAM 2018 décrit la manière dont l'émaciation doit être prise en charge tout au long du continuum de soins, et intègre les directives précédentes qui traitaient séparément l'émaciation sévère et modérée (3). Cette ligne directrice actualisée vise à soutenir davantage l'intégration de l'émaciation dans le système de santé. En outre, la politique nationale de santé (2016-2021) soutient le renforcement de l'organisation et de l'infrastructure pour la prestation équitable de la BPHNS (5). Cependant, les documents guidant la prestation des services liés à l'émaciation ne sont toujours pas harmonisés. Par exemple, le BPHNS n'a pas été mis à jour depuis 2011 et inclut toujours la nécessité que tous les cas de l'émaciation sévère soient traités en tant que patients hospitalisés dans des centres d'alimentation thérapeutique. En pratique, l'intégration complète des services liés à l'émaciation dans le système de santé nécessitera un plus grand degré de stabilité au Sud-Soudan. Actuellement, alors que le ministère de la Santé du Sud-Soudan fournit des orientations normatives et une supervision, le secteur est coordonné par le Cluster Nutrition et financé principalement par des agences des Nations Unies et des bailleurs. Les ONG participent à la coordination et sont les principaux prestataires de services de première ligne. Les services de lutte contre l'émaciation sont toujours proposés de manière largement horizontale, quasi parallèle au système de santé du Sud-Soudan (6).

Qualité et couverture du service

L'accès aux services de traitement, et en particulier aux services de prise en charge de l'émaciation sévère, a augmenté au cours de la dernière décennie. Le nombre de sites de prise en charge ambulatoire de l'émaciation est passé de 351 en 2014 à 1.191 en 2020². Par rapport à la charge estimée, les admissions pour émaciation sévère sont passées de 40 % en 2014 à 74 % en 2020³. La même évolution spectaculaire n'a pas été observée pour l'émaciation modérée, puisque le nombre d'admissions pour émaciation modérée n'a augmenté que de 7 % entre 2014 et 2020⁴. En outre, la qualité des services s'est améliorée. En 2014, le taux moyen de guérison de l'émaciation sévère était de 78 % et il atteindra 95 % en 2020.

2 Informations fournies par le ministère de la Santé, République du Sud-Soudan.

3 Informations fournies par le ministère de la Santé de la République du Sud-Soudan.

4 Par rapport à la charge totale, les admissions pour émaciation modérée étaient de 40 % en 2014 et de 47 % en 2020. Informations fournies par le ministère de la Santé, République du Sud-Soudan.

2.

**Principaux
succès**

Bien que le fardeau de l'émaciation reste inacceptable au Soudan du Sud, il a été réduit au cours de la dernière décennie, passant d'un niveau global d'émaciation de 23% en 2010 à moins de 17% en 2019 (7,8).

Malgré la complexité des opérations au Soudan du Sud, les services de lutte contre l'émaciation ont été considérablement étendus, passant de moins de 400 sites opérationnels en 2014 à plus de 1.000 en 2020⁵. Les emplacements des sites ont également été harmonisés, de sorte que 95 % des sites de services pour l'émaciation sévère offrent également des services pour l'émaciation modérée (6). Cette évolution est le reflet du plan conjoint de mise à l'échelle de la nutrition, qui définit la manière dont l'UNICEF et le PAM s'engagent à travailler ensemble, avec le ministère de la Santé et les partenaires, pour élargir l'accès aux services de lutte contre l'émaciation au Sud-Soudan.

En raison de la complexité des opérations au Sud-Soudan, les partenaires ont dû s'adapter rapidement et tirer parti des opportunités qui se présentaient. Le mécanisme intégré de réponse rapide (IRRM) mis en œuvre par l'UNICEF, le PAM et la FAO, cible les populations difficiles à atteindre avec un ensemble intégré de services⁶, y compris des intrants nutritionnels pour la prise en charge de l'émaciation⁷.

5 En 2020, les services pour l'émaciation étaient fournis par 1 102 sites ambulatoires pour l'émaciation sévère, 89 centres de stabilisation pour le traitement hospitalier de l'émaciation sévère, et 1 133 sites pour la gestion de l'émaciation modérée.

6 Le paquet intégré comprend la santé, la nutrition, l'eau, l'assainissement et l'hygiène, la violence liée au sexe et la sécurité alimentaire/le soutien aux moyens de subsistance.

7 Pour plus d'informations sur le mécanisme intégré de réaction rapide, consultez le site : <https://www.unicef.org/southsudan/documents/irrm-briefing-note>.

3.

**Catalyseurs et
barrières à la
mise à l'échelle
du traitement
de l'émaciation**

Catalyseurs

La décision du Sud-Soudan d'harmoniser ses directives et de produire un protocole unique pour l'émaciation sévère et modérée a amélioré le continuum de soins pour l'émaciation, conformément aux directives mondiales.

Le secteur de la nutrition au Sud-Soudan dispose d'un mécanisme de coordination solide entre les parties prenantes (ministère de la Santé, équipe du Cluster Nutrition, agences des Nations Unies et partenaires de mise en œuvre) au niveau national. Une action clé consistera désormais à décentraliser et à renforcer les systèmes de coordination au niveau infranational. En outre, le financement des bailleurs au Sud-Soudan a assuré un approvisionnement fiable en intrants nutritionnels, achetés par l'intermédiaire de l'UNICEF et du PAM.

Barrières

La longue histoire du Sud-Soudan, marquée par l'instabilité politique, l'insécurité et le manque d'investissements dans les infrastructures, implique une dépendance continue à l'égard du financement des bailleurs et de l'aide extérieure pour la fourniture de services de base.

- › **Gouvernance et leadership.** Le ministère de la Santé du Sud-Soudan supervise les services de lutte contre l'émaciation et leur fournit des orientations normatives. La nutrition et l'émaciation sont intégrées dans les cadres stratégiques du secteur de la santé, bien qu'en pratique, certains prestataires de services peinent à mettre en œuvre des services intégrés de santé et de nutrition et que l'émaciation soit souvent une fonction parallèle ou indépendante de la santé. La coordination est soutenue par le Cluster Nutrition et ses agences chefs de file. Il existe un manque de cohérence entre les différentes politiques et cadres stratégiques en matière de santé et de nutrition au Soudan du Sud, ce qui peut être source de confusion. La politique nationale de santé (2016-2026) encourage l'intégration de la nutrition et de la santé ; il n'existe pas de stratégie nutritionnelle multisectorielle qui s'attaque à la fois aux causes et à la prise en charge de la malnutrition sous toutes ses formes.
- › **Ressources humaines.** L'organisation des rôles et des responsabilités du personnel de nutrition et de santé dépend du prestataire de services (ONG). Dans certains cas, le personnel de santé peut également être responsable des services d'émaciation, mais cela n'est pas uniforme et dans certains établissements, la nutrition est proposée comme une fonction parallèle ou même autonome. Dans le pays, la capacité des ressources humaines est également limitée, les années de guerre ayant érodé les systèmes éducatifs. Les conditions de travail difficiles signifient également qu'il y a une forte rotation du personnel au sein du gouvernement et des ONG.

- › **Fournitures et infrastructures.** Tous les intrants pour la prise en charge de l'émaciation sévère et modérée sont achetées par l'UNICEF et le PAM, la distribution étant facilitée par les ONG. Dans certains cas, le Cluster Logistique est appelé à soutenir la distribution des intrants dans des zones particulièrement inaccessibles. L'infrastructure physique pour la prestation de services est entretenue par les ONG avec le soutien des bailleurs.
- › **Prestation de services.** Les ONG sont les prestataires de services au Sud-Soudan. L'organisation de la prestation de services dépend des capacités, des ressources et des intérêts du prestataire de services. La prestation de services est compliquée par d'importants problèmes d'accès ainsi que par l'insécurité. Cela complique la supervision, l'assurance qualité et les systèmes d'approvisionnement.
- › **Financement.** Le financement des interventions visant à lutter contre l'émaciation est assuré exclusivement par les agences des Nations Unies et les bailleurs. Une analyse récente du coût des services de lutte contre l'émaciation au Sud-Soudan a indiqué un coût unitaire moyen pondéré pour l'émaciation sévère de 358,19 \$/enfant, de 62,80 \$/enfant pour l'émaciation modérée et de 83,99 \$/EMP (6). Au cours d'une année type au Sud-Soudan, plus de 1,5 million de personnes ont besoin de services pour une émacyation modérée ou sévère, ce qui rend le coût global des services trop élevé pour être couvert par le gouvernement et entraîne une forte dépendance à l'égard du soutien financier extérieur des bailleurs et des agences des Nations Unies.
- › **Communauté.** La Boma Health Initiative (BHI) est un document destiné à structurer le système de santé communautaire au Sud-Soudan et à combler le fossé entre les établissements de santé et les communautés (9). Alors que ce document définit clairement les rôles, les responsabilités et les mécanismes d'imputabilité des équipes de santé communautaire, dans la pratique, ce système est rarement mis en œuvre comme prévu en raison des contraintes de temps et de ressources. Le BHI limite le rôle des agents communautaires à la détection et à l'orientation des cas d'émacyation modérée et sévère, mais diverses organisations ont mis en œuvre la détection et le traitement de l'émacyation sévère dans l'ICCM.

4.

**Adaptations
récentes
des services
d'émancipation**

Si certaines adaptations avaient commencé avant la crise mondiale de la Covid-19, la pandémie en a poussé d'autres, le secteur cherchant à assurer la continuité des services tout en réduisant ou en modifiant le contact avec les patients.

La section suivante reflète le travail effectué par Concern Worldwide South Sudan pour réfléchir aux adaptations apportées à la gestion de l'émaciation infantile dans le contexte de la Covid-19 (10).

Critères d'admission modifiés

Les directives de la CMAM (3) permettent l'admission à un programme de réhabilitation nutritionnelle sur la base de l'œdème de Quincke, du PB ou du z-score poids-taille. Afin de réduire le contact physique entre le patient et le prestataire de services ainsi que le temps passé sur place, la prise du poids et de la taille a été suspendue pendant la période de pandémie. Les soignants ont également été formés à la prise du PB de leur enfant afin de réduire davantage les contacts. Bien que le nombre d'admissions ait chuté de manière inattendue en mai et juin 2020 après la modification, en juillet 2020, il était revenu au niveau de référence de l'année précédente. Bien que cela puisse être dû davantage à une suspension des événements de dépistage de masse qu'à une modification du protocole. La prochaine étape pour cette adaptation est de continuer à examiner les indicateurs de résultats pour évaluer l'impact.

PB Famille

La nécessité d'une approche familiale du PB est née de la nécessité de poursuivre le dépistage au niveau communautaire après la suspension des sessions de dépistage de masse suite à la déclaration de la pandémie mondiale. En raison d'une pénurie de rubans PB, les personnes s'occupant des enfants admis dans les services de lutte contre l'émaciation ont d'abord été formées en priorité afin qu'elles puissent prendre des mesures PB lors des visites sur place et pour le suivi à domicile. Ensuite, pour contrecarrer la baisse des admissions due à la suspension des dépistages de masse, d'autres soignants ont été formés et ont reçu un ruban PB. Bien qu'aucune donnée claire sur cette approche ne soit actuellement disponible, des preuves anecdotiques indiquent que les soignants et le personnel nutritionnel la trouvent pertinente et acceptable pour la détection dans la communauté.

Dosage modifié des aliments thérapeutiques

Le poids et la taille ayant été supprimés des critères d'admission, il n'était plus possible de doser les ATPE en fonction du poids. Au lieu de cela, il a été conseillé aux enfants présentant une émaciation sévère de prendre deux sachets d'ATPE par jour jusqu'à leur guérison. Ce dosage simplifié supprime la nécessité de calculer les rations, simplifie la gestion des stocks au niveau du site et réduit la demande de stocks en raison des dosages réduits. Les indicateurs de qualité du programme sont restés acceptables (conformes aux normes SPHERE) avec le changement de protocole. La durée de séjour dans les deux services ambulatoires de lutte contre l'émaciation (émaciation sévère et modérée) a augmenté avec le protocole de réduction des doses. La raison exacte de l'augmentation de la durée de séjour n'est pas claire mais pourrait être attribuée à la réduction des doses, à la réduction du temps de contact avec le personnel du service (le nombre de visites requises a été réduit), au partage potentiel de la ration et aux retards dans la recherche de traitement dus à la pandémie.

Intégration du traitement de l'émaciation sévère dans l'ICCM

L'intégration du traitement de l'émaciation sévère dans une approche ICCM a été pilotée au Soudan du Sud en 2017 par l'IRC (11). La contrainte proposée par le contexte du Soudan du Sud était que la plupart des ASC sont faiblement alphabétisés et que les outils devaient être adaptés en conséquence. Ayant réussi à fournir des résultats pour les patients qui répondent aux normes SPHERE, cette approche a commencé à être mise à l'échelle dans tout le Soudan du Sud.

Il est trop tôt pour savoir lesquelles de ces adaptations subsisteront une fois que la pression de la pandémie mondiale aura diminué. Cependant, l'expérience que le pays, guidé par le ministère de la santé, a acquise avec ces approches peut aider à simplifier les protocoles de détection et de traitement.

5.

**Aller
de l'avant**

Afin de poursuivre la mise en place du traitement de l'émaciation au Sud-Soudan, le ministère de la Santé soutiendra le déploiement de directives nationales qui intègrent le traitement de l'émaciation à la nutrition des nourrissons et des jeunes enfants.

En outre, le ministère de la santé développe le département de la nutrition au sein du ministère de la santé afin de s'assurer qu'il est bien représenté. Avec le soutien des bailleurs, le ministère de la Santé cherche à développer une stratégie et une politique multisectorielle de nutrition chiffrée. Ce processus pourrait inclure le développement d'un programme national de nutrition, ainsi qu'un processus de mobilisation des ressources nationales en accord avec la priorisation d'un programme de nutrition.

Littérature examinée

1. 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). Seuils de prévalence de la cachexie, du surpoids et du retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans. *Public Health Nutrition* 22(1) : 175-179.
2. BASE DE DONNÉES DU CLUSTER SUD-SOUDAN DE L'UNICEF. (partagée par le Cluster Nutrition au Sud Soudan)
3. Ministère de la santé, gouvernement de la République du Soudan du Sud (2018). Lignes directrices sur la prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë (CMAM).
4. Ministère de la Santé, Gouvernement de la République du Sud-Soudan (2011). Le paquet de base des services de santé et de nutrition dans les soins de santé primaires.
5. La République du Soudan du Sud (2016). Politique nationale de santé 2016-2026.
6. Mwai D (2020). Analyse des coûts du programme de gestion communautaire de la malnutrition aiguë (CMAM) au Sud-Soudan. Équipe de coordination du Cluster Nutrition du Sud-Soudan.
7. Ministère de la Santé et Bureau national des statistiques, (2010). Enquête sur les ménages du Sud-Soudan 2010, Rapport final. Juba, Sud-Soudan.
8. Fonds des Nations unies pour l'enfance (2019), Food Security and Nutrition Monitoring System South Sudan (FSNMS), disponible à l'adresse : <https://www.humanitarianresponse.info/en/operations/south-sudan/document/food-security-and-nutrition-monitoring-system-south-sudan-fsnms>.
9. République du Soudan du Sud (2017). L'initiative pour la santé de Boma.
10. Concern Worldwide (2020). Adaptations dans la prise en charge de l'émaciation des enfants dans le contexte de Covid-19. Sud-Soudan.
11. 11. IRC & UNICEF (2017). Gestion communautaire intégrée des cas dans les urgences aiguës et prolongées : étude de cas du Soudan du Sud.