

15 - 16 juin 2022

Dakar



SOIGNER | INNOVER | ENSEMBLE



**Conférence régionale
sur les approches simplifiées
de la prise en charge de la malnutrition aiguë**

RAPPORT

TABLE DES MATIÈRES

Acronymes / abréviations	3
Liste des membres pour la facilitation	4
Remerciements	5
I. INTRODUCTION	6
Contexte et justifications	
Objectifs et résultats attendus de la Conférence	
II. MÉTHODOLOGIE	7
1) Profil des participants	
2) Agenda	
III. PRÉSENTATION DES SESSIONS	
Session 1 : Où en sommes-nous dans la prise en charge de la malnutrition aiguë dans la région ? – Prévalence de l'émaciation, couverture de la prise en charge, leçons apprises de la PCIMA et opportunités d'amélioration.	8
Session 2 : Les approches simplifiées pour la détection et la prise en charge de la malnutrition aiguë dans la région – Cartographie et évidences scientifiques.	11
Session 3 : Opérationnalisation des approches simplifiées – Implications programmatiques et défis opérationnels.	17
Session 4 : Appropriation des approches simplifiées par les gouvernements de la région : quelles étapes ? – Élaboration des feuilles de route.	20
IV. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	24
QUESTIONS / RÉPONSES	25

ACRONYMES / ABRÉVIATIONS

ABRÉVIATIONS	SIGNIFICATIONS
ACF	Action Contre la Faim
ASC	Agent de Santé Communautaire
ATPE	Aliments thérapeutiques prêts à l'emploi
BHA	Bureau for Humanitarian Assistance
COVID-19	CoronaVirus Disease-2019
ICCM	Integrated Community Case Management
ICCM+	Integrated Community Case Management + PEC de la malnutrition aiguë sévère
ICP	Infirmier Chef de Poste
IRA	Infection Respiratoire Aiguë
IRC	International Rescue Committee
MAG	Malnutrition Aiguë Globale
MAS	Malnutrition Aiguë Sévère
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PAM	Programme Alimentaire Mondiale
PCIMA	Prise en charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PEC MAS	Prise en charge de la malnutrition aiguë sévère
RCA	République Centrafricaine
ROWCA	Regional Office for West and Central Africa
SEC	Soins essentiels dans la communauté
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID	Agence des états unis pour le développement international
USB	Unité de Santé de Base

LISTE DES MEMBRES POUR LA FACILITATION

Nom	Prénom	Fonction	Structure
ALITANOU	Rodrigue	Coordinateur régional du projet OptiMA	ALIMA
BRIAUX	Justine	Spécialiste nutrition	UNICEF
DOUGNON	Abdías Ogobara	Coordinateur régional santé-nutrition / iCCM	ACF ROWCA
KANGAS	Suvi	Chercheuse Senior en nutrition	IRC



REMERCIEMENTS

ALIMA (The Alliance for International Medical Action), ACF (Action Contre la Faim), IRC (International Rescue Committee) et l'UNICEF, tiennent à remercier chaleureusement toutes les participantes et tous les participants pour le partage d'expériences et les leçons apprises sur les approches simplifiées de la PCIMA lors de la conférence des 15 et 16 juin 2022 à Dakar.

Nous tenons à remercier particulièrement les représentantes et les représentants des Ministères de la Santé du Burkina Faso, du Cameroun, du Mali, de la Mauritanie, du Niger, de la République démocratique du Congo, du Sénégal et du Tchad pour leur participation active à cet événement.

Nous remercions aussi les partenaires techniques et financiers présents à la Conférence.

Enfin, nos remerciements vont aux équipes terrain de nos différentes organisations pour leur appui technique, leur forte implication et l'enthousiasme démontré en partageant leurs expertises et leurs expériences.

① INTRODUCTION

1. Contexte et justification

Au vu des limites opérationnelles observées sur le protocole actuel de prise en charge de la malnutrition aiguë et de l'aggravation de la situation nutritionnelle chaque année, la volonté d'adapter ce protocole se fait plus urgente. ALIMA (The Alliance for International Medical Action), ACF (Action Contre la Faim), IRC (International Rescue Committee) et l'UNICEF, ont tenu à unir leurs efforts en organisant une conférence régionale conjointe sur les approches simplifiées de la prise en charge de la malnutrition aiguë, les 15 et 16 juin 2022, à Dakar, au Sénégal.

L'objectif était de communiquer et d'échanger avec des représentantes et des représentants des Ministères de la Santé de neuf pays de la sous-région¹ sur les barrières actuelles de la prise en charge de la malnutrition aiguë et les opportunités que les approches simplifiées peuvent offrir pour contourner ces barrières. Les approches dites « simplifiées », visent à dépister et soigner précocement les enfants souffrant de malnutrition aiguë de manière plus efficiente, en simplifiant le protocole standard.

Au cours des dernières années, ALIMA, ACF, IRC et l'UNICEF ont mené des études dans plusieurs pays afin de bâtir des preuves scientifiques sur la pertinence de telles approches. De ces essais cliniques et projets pilotes opérationnels ressortent certaines évidences. Cette conférence a permis d'en faire la synthèse et d'échanger sur les apprentissages opérationnels.

L'objectif de cette conférence était d'aboutir à l'élaboration de directives opérationnelles et à des recommandations régionales claires sur ces approches simplifiées. Une feuille de route régionale a notamment été amorcée, dressant les prochaines étapes à mettre en œuvre pour l'adoption et la mise à l'échelle des approches simplifiées dans les contextes où elles s'imposent. Elle sera la base de l'élaboration des feuilles de route nationales des pays de la région avec le leadership des États.

Les approches simplifiées représentent un véritable espoir pour les pays de la région fortement impactés par le fléau de la malnutrition aiguë. Celui de pouvoir apporter un traitement et des soins préventifs de qualité à un plus grand nombre d'enfants malnutris, parmi lesquels les enfants les plus défavorisés et ceux vivant dans les endroits les plus inhospitaliers de la région.

1. Burkina Faso, Cameroun, Mali, Mauritanie, Niger, RCA, RDC, Sénégal et Tchad



2. Objectifs attendus de l'atelier

Les objectifs de cet atelier étaient de :



faire l'état des lieux de la prise en charge de la malnutrition aiguë dans la région



faire la synthèse des évidences scientifiques dont nous disposons sur les approches simplifiées



partager des expériences dans la mise en œuvre de ces approches dans différents contextes et discuter des implications programmatiques et des défis opérationnels



réfléchir aux prochaines étapes à mettre en œuvre pour intégrer progressivement les approches simplifiées aux protocoles nationaux de prise en charge, conformément aux directives internationales et selon les contextes nationaux

II MÉTHODOLOGIE

L'atelier a été interactif et participatif et a fait appel à des présentations Powerpoint suivies des questions-réponses, ainsi que des travaux de groupe, suivis de restitutions en plénière.

65 personnes ont participé aux deux jours d'atelier en présentiel et plus de 120 personnes y ont assisté en visioconférence.

1. Profil des participants en présentiel

- Représentant.e.s ministériel.le.s (Burkina Faso, Cameroun, Mali, Mauritanie, Niger, République démocratique du Congo, Sénégal et Tchad)
- Représentant.e.s des ONG partenaires (ALIMA, ACF, IRC, MSF, Save The Children)
- Représentant.e.s des organisations des Nations Unies (UNICEF, PAM)
- Représentant.e.s de partenaires financiers (FCDO, BHA, ECHO).

2. Agenda

JOUR 1 : Mercredi 15 juin 2022

Prise en charge de la malnutrition aiguë dans la région : de la PCIMA aux approches simplifiées

Session 1 : Où en sommes-nous dans la prise en charge de la malnutrition aiguë dans la région ? Prévalence de l'émaciation, couverture de la prise en charge, leçons apprises de la PCIMA et opportunités d'amélioration.

Session 2 : Les approches simplifiées pour la détection et la prise en charge de la malnutrition aiguë dans la région – Cartographie et évidences scientifiques.

JOUR 2 : Jeudi 16 juin 2022

Processus d'opérationnalisation des approches simplifiées : vers un passage à l'échelle ?

Session 3 : Opérationnalisation des approches simplifiées – Implications programmatiques et défis opérationnels.

Session 4 : Appropriation des approches simplifiées par les gouvernements de la région : quelles étapes ? – Élaboration des feuilles de route.



III PRÉSENTATION DES SESSIONS

PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION AIGÜE DANS LA RÉGION : DE LA PCIMA AUX APPROCHES SIMPLIFIÉES

Session 1 - Où en sommes-nous dans la prise en charge de la malnutrition aiguë ? Prévalence de l'émaciation, couverture de la prise en charge, leçons apprises de la PCIMA et opportunités d'amélioration

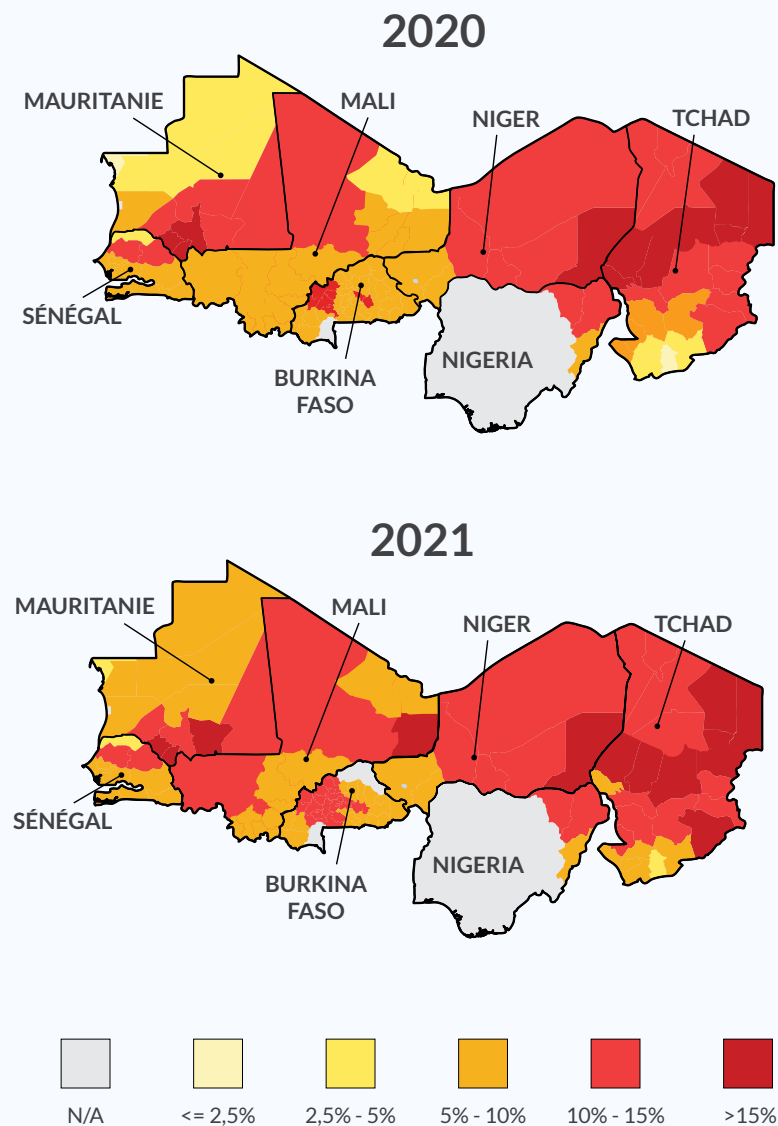
Trois présentations ont été réalisées lors de cette session, une première présentation conjointe du Programme Alimentaire Mondial (PAM) et de l'UNICEF sur la situation de la malnutrition aiguë dans la région et sur les taux de couverture de la prise en charge, une deuxième présentation de l'UNICEF sur les leçons apprises de la PCIMA et enfin une troisième présentation de l'OMS sur la révision des guidelines liées à la prévention et au traitement de la malnutrition aiguë.

→ Situation de la malnutrition aiguë dans la région et couverture de la prise en charge (UNICEF et PAM).

L'UNICEF et le **PAM** ont présenté la situation de la malnutrition aiguë dans la région. Alors que la région a connu une légère baisse de la prévalence du retard de croissance, la prévalence oscille quant à elle entre 7 et 9 % depuis ces cinq dernières années, sans connaître de réelle amélioration. Cette prévalence moyenne cache par ailleurs de fortes disparités inter et intra pays avec certaines zones dites « hotspots » où la prévalence dépasse les 15 %. En outre, dans un contexte de forte croissance démographique, le nombre absolu d'enfants souffrant de la malnutrition aiguë continue d'augmenter. La situation est d'autant plus alarmante dans le Sahel, où selon les dernières estimations 9,4 millions d'enfants devraient souffrir de la malnutrition aiguë en 2022, soit une augmentation de 32 % par rapport à 2021 et de 74 % par rapport à 2018.

Dans ce contexte, il est de plus en plus difficile d'assurer la couverture de la prise en charge de la malnutrition aiguë. Le PAM comme l'UNICEF rencontrent de nombreux défis pour sécuriser les stocks de produits nutritionnels et pour assurer la gestion de la chaîne d'approvisionnement. Le contexte sécuritaire entrave également la prise en charge des enfants émaciés en réduisant l'accessibilité à certaines zones et en freinant le fonctionnement des centres de santé qui sont déjà souvent trop peu nombreux.

→ Prévalence de la MAG dans la région



→ Leçons apprises de la PCIMA

Bien que tous les pays de la région disposent d'un protocole de prise en charge de la MAS, seul un tiers des enfants souffrant de MAS sont pris en charge.

Quelles sont les principales barrières ?

1. Une intégration insuffisante de la MAS dans le système de santé.

La prise en charge de la malnutrition aiguë reste encore souvent perçue comme un « problème d'urgence », une « activité simplement nutritionnelle », « un programme supporté par l'UNICEF ou une ONG ». Généralement, la MAS n'est pas considérée au même niveau que les autres maladies infantiles car elle n'est pas perçue comme une maladie prioritaire. De ce fait, elle est très rarement incluse dans le paquet d'interventions clés pour la survie de l'enfant, délivré au niveau des centres de santé. Même si le leadership gouvernemental et la coordination se développent dans plusieurs pays, ils ne sont pas toujours accompagnés d'une planification concrète, d'une mise en œuvre opérationnelle ou d'intégration d'activités de routine dans les systèmes de santé existants.

2. Un financement précaire de la prise en charge de la malnutrition aiguë.

La contribution étatique à la prise en charge de la malnutrition aiguë dans la région reste très limitée. Le financement du traitement de la MAS dépend presque exclusivement des bailleurs de fonds d'urgence, dont les financements sont de plus en plus erratiques. Ces fonds sont par ailleurs alloués pour de très courtes durées et ne permettent pas d'anticiper de manière adéquate les besoins en aliments thérapeutiques prêts à l'emploi (ATPE).

3. Une offre de services limitée.

L'accès des populations aux établissements de santé est entravé par l'offre insuffisante de services en quantité et qualité.

Une couverture sanitaire souvent médiocre :

- le nombre de centres de santé est très insuffisant dans certaines zones, notamment dans le Sahel ;
- dans ces zones, l'insécurité chronique et les conflits récurrents ont même engendré la fermeture de certains centres de santé ;
- la situation s'est aggravée avec la pandémie de COVID-19, qui a également contribué à restreindre encore plus l'offre de services partout déjà limitée dans la plupart des centres de santé.



Une qualité de service sous optimale :

- les ruptures dans la chaîne d'approvisionnement des produits thérapeutiques ne permettent pas d'assurer la continuité du traitement ;
- le personnel de santé n'est pas toujours disponible ni suffisamment bien formé sur la prise en charge de la MAS ;
- certains établissements de santé sont surchargés et dans l'incapacité de prendre en charge l'ensemble des cas ;
- le dépistage de la malnutrition par les agents de santé communautaires et les services de proximité est sous-optimal.

4. Une sous-utilisation des services existants

La faible couverture de la prise en charge de la MAS n'est pas seulement due à l'offre de services limitée. Elle est également liée à la faible demande de ces services par les populations elles-mêmes :

- les différentes personnes (parents, proches) ayant à charge un enfant souffrant de MAS ont parfois une connaissance très limitée de la malnutrition ;
- elles n'ont pas toujours de capacités décisionnelles et sont donc parfois dans l'incapacité de se déplacer pour bénéficier des services ;
- la distance à parcourir pour atteindre un centre de santé constitue un obstacle important pour les populations qui résident dans des zones difficiles d'accès, enclavées ou éloignées des centres de santé (régions montagneuses, zones inaccessibles en raison d'inondations, etc.) ;
- les coûts indirects de la prise en charge constituent souvent un obstacle trop important à l'utilisation des services ;
- l'insécurité généralisée qui sévit en particulier dans certaines régions du Sahel ne permet pas aux populations de se déplacer librement ;
- les heures d'ouverture des établissements de santé sont parfois incompatibles avec les horaires de travail des personnes (parents, proches) ayant à charge un enfant MAS ;
- le traitement est parfois abandonné en raison de l'amélioration perçue de l'état de l'enfant. De manière plus générale, les protocoles de traitement ne sont pas toujours respectés au sein du foyer.

De quelles solutions disposons-nous ?

Face à ces multiples défis, diverses solutions ont progressivement émergé, tant au niveau politique qu'au niveau opérationnel.

Au niveau politique, les conditions sont aujourd'hui réunies pour qu'une action concertée soit entreprise dans le but de mieux lutter contre l'émaciation. En effet, fin 2019, le Secrétaire général des Nations Unies a chargé les agences des Nations Unies (UNICEF, PAM, OMS, UNHCR, FAO) d'élaborer un Plan d'action mondial sur l'émaciation, le **Global Action Plan on Child Wasting² (GAP)**. Premier plan mondial visant à atteindre la cible des Objectifs de Développement Durable (ODD) en matière d'émaciation, le **GAP offre une occasion unique de reconnaître l'émaciation comme une priorité pour le développement mondial, mais aussi de coordonner les efforts inter-institutions aux niveaux mondial, régional et national**. Il fournit un cadre d'action aux différents acteurs engagés dans la lutte contre la malnutrition aiguë et décrit les principaux engagements des gouvernements, des agences des Nations Unies, des organisations de la société civile, des universitaires et des partenaires du secteur privé pour accélérer les progrès en matière d'émaciation d'ici à 2025.

Sur le plan opérationnel, certaines approches et certains mécanismes innovants ont également vu le jour. C'est notamment le cas de l'**initiative Match Fund**. Créé pour inciter les gouvernements à allouer davantage de fonds pour la nutrition, ce fonds de contrepartie permet de doubler le montant investi par les États en ATPE. Par exemple, si un État investit 10 000 \$ dans l'achat d'ATPE, le fonds lui procure des ATPE pour une valeur de 10 000 \$ (ratio de 1:1). Dans la région, quatre pays ont déjà profité du fonds de contrepartie (la Mauritanie, le Nigéria, le Sénégal et la Sierra Leone) en mobilisant un peu plus de 4,5 millions de dollars de ressources domestiques.

De plus, pour réduire le coût du traitement, **de nouvelles formulations d'ATPE sont testées dans la région**. Des ingrédients moins chers et disponibles localement sont utilisés. Par exemple, le projet Peanut Butter a testé un ATPE à base d'avoine et a constaté qu'il était supérieur à l'ATPE standard dans le traitement de la MAS en Sierra Leone. Quatre pays de la région (la République démocratique du Congo, le Nigeria, le Niger et la Sierra Leone) vont également tester l'acceptabilité d'un ATPE à base de soja et de pois chiches (ingrédients largement disponibles dans la région et couramment utilisés en Afrique).

2.. <https://www.childwasting.org/>

Enfin, les approches simplifiées sont certainement les innovations les plus intéressantes qui aient été mises en œuvre. Elles permettent non seulement de résoudre des problèmes de couverture du traitement mais aussi d'améliorer son coût-efficacité et la disponibilité des personnels de santé. Toutefois, certains pays attendent la révision des lignes directrices de l'OMS pour aller de l'avant, notamment concernant certaines simplifications telles que l'utilisation d'un seul produit thérapeutique.

→ **Prise en charge et prévention de la malnutrition aiguë : Où en sommes-nous de l'élaboration des nouvelles lignes directrices OMS ?**

Why revise the guidelines?

The last version of the guidelines for the treatment of children with wasting were released in 2013. They focus on the treatment of SAM and do not address the question of treatment of children suffering from MAM. Furthermore, they include few recommendations on the treatment of SAM in infants (< 6 months) and offer no guidelines for the prevention of wasting in children. All these questions will be addressed in the new guidelines. Simplified approaches will also be examined during the revision process.

What is the status of the revision process?

The revision process for guidelines is still underway. It involves a lengthy literature review and numerous expert consultations. Due to the inability to meet during the COVID-19 pandemic, the revision process was considerably delayed. At this time, new recommendations are not yet available.

The examination consists of 16 PICO process questions⁴. These PICO questions address different themes (admissions, referrals, discharge, comorbidities, etc). Not all of them are related to simplified approaches.

3. cf. liste : Microsoft Word - WHO_Wasting_Guideline_Main_PICO Questions_OCTOBER 2021.docx (childwasting.org)



Les différents types de simplification et leurs objectifs principaux sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Simplification	Question PICO inclut par l'OMS
PB Famille	Aucune révision des normes nécessaire
Traitement de l'émaciation géré par les ASC	13. Chez les nourrisson et les enfants atteints d'émaciation sans comorbidités, quelle est l'efficacité de l'identification et de l'émaciation par les agents de santé communitaires (en milieu communautaire) ?
Fréquence réduite des visites de suivi	<i>Pas de révision des normes mais des questions en suspens sur l'efficacité</i>
Mesure de périmètre brachial et/ou présence d'un oedème uniquement	2. A) Chez les nourrissons et les enfants de plus de 6 mois, quels sont les critères qui éclairent le mieux la décision d'initier un traitement en ambulatoire /communautaire pour l'émaciation et/ ou l'oedème ? 2. D) Chez les nourrissons et les enfants de plus de 6 mois recevant un traitement ambulatoire/ communautaire pour l'émaciation et/ou oedème, quels sont les critères qui éclairent le mieux la décision de sortie de traitement ambulatoire/communautaire ?
Élargissement des critères d'admission	7. Chez les nourrissons et les enfants de plus de 6 mois présentant une émaction modérée dans tous les milieux et contextes, lesquels enfants ont besoins d'aliments spécialement formulés ?
Utilisation d'un sel produit de traitement	7. Chez les nourrissons et les enfants de plus de 6 mois présentant une émaction modérée ; quelle est également l'efficacité des aliments spécialement formulés (y compris RUSF, RUTF, CSB++, MDCF) par rapport aux interventions alimentaires non spécialement formulées par rapports aux autres approches ?
Réduction des doses	8. Chez les nourrissons et les enfants de plus de 6 mois présentant une émaction modérée, quel est le traitement diététique approprié en termes de type optimal, de quantité et de durée ? 9. Chez les nourrissons et les enfants de plus de 6 mois présentant une émaction sévère ou un oedème, quelles sont la quantité et la durée optimales de l'ATPE ?

Quelle est la position actuelle de l'OMS concernant les approches simplifiées ?

À l'heure actuelle, il n'existe aucune recommandation de l'OMS concernant l'utilisation d'approches simplifiées en soins de routine. L'utilisation des approches simplifiées n'est pour l'instant conseillée que de manière temporaire lorsque les circonstances l'imposent (grave insécurité alimentaire, systèmes de santé défaillants ou interruption des services, extrême vulnérabilité des populations, COVID-19). Les seules directives qui font actuellement référence aux approches simplifiées sont celles qui ont été élaborées sur la gestion de l'émaciation chez l'enfant dans le contexte de la pandémie de COVID-19.

Session 2 - Approches simplifiées pour la détection et la prise en charge de la malnutrition aiguë dans la région

Lors de cette session, l'UNICEF est revenu sur les différents types de simplifications existantes et leur niveau d'implémentation dans la région. ACF, IRC et ALIMA ont présenté les résultats d'études pilotes conduites dans différents pays de la région pour tester l'efficacité et le coût-efficacité de diverses approches simplifiées. L'UNICEF a clôturé la session par une synthèse des évidences scientifiques et des questions de recherches en suspens sur chacune des approches simplifiées.

→ Les différents types de simplification et leur mise en œuvre dans la région

Les différents types de simplification et leurs objectifs principaux sont présentés dans le tableau ci-contre.

Types de simplification		Intérêt / Objectif	
PB Famille	Les familles reçoivent une formation et des rubans PB pour dépister la malnutrition chez leurs propres enfants	<ul style="list-style-type: none"> Améliorer la détection précoce des cas et le référencement vers un traitement Améliorer la couverture du programme en dépistant et en référant plus d'enfants pour le traitement 	
Traitement par les ASC	Cette approche déplace le traitement de la MAS (sans complications médicales) du centre de santé vers la communauté. Le traitement est réalisé par les ASC. Il est souvent intégré au programmes ICCM: "ICCM+Nut"; "iCCM+"	<ul style="list-style-type: none"> Améliorer la la couverture et l'accès précoce au traitement Diminuer le taux d'abandon Réduire les coûts associés au traitement pour les parents Diminuer la charge de travail qui pèse sur les centres de santé Permettre la continuité des services pendant la COVID 	
Fréquence réduite des visites	Cette approche permet de prolonger le temps entre les visites de suivi - passage d'une fréquence hebdomadaire à une fréquence bimensuelle ou mensuelle	<ul style="list-style-type: none"> Améliorer l'accès aux services et leur utilisation en réduisant le fardeau des déplacement Donner la priorité aux enfants à haut risque qui peuvent revenir des visites plus fréquentes Dans le contexte COVID - Réduire les rassemblements au centre de santé 	
Protocole combiné	Critères d'admission modifiés	<ul style="list-style-type: none"> Augmentation de couverture Continuité des soins : le traitement est harmonisé à travers continuum de soins (SAM -MAM) Qualité : traitement plus adapté aux besoins énergétiques des enfants Rentabilité : diminution du coût par enfant traité Simplicité : la modification des doses facilite la détermination de la posologie pour les agents de santé - dosages simples ne nécessitant pas d'effectuer de calculs ni d'avoir un niveau d'alphabétisation élevé 	
	Utilisation d'un seul produit de traitement		<ul style="list-style-type: none"> - PB Seulement : Utilisation du périmètre brachial et/ou oedèmes bilatéraux comme seuls critères d'admission et de sortie - Critère d'admission étendu : Augmentation du seuil du PB pour admettre tous les enfants < 125 mm afin que tous les enfants émaciés soient éligibles au traitement
	Réduction des dosages		<ul style="list-style-type: none"> Les ATPE sont utilisés pour traiter les enfants MAS et MAM Modification des dosages d'ATPE au cours du traitement pour optimiser son utilisation (généralement d'un seul produit de traitement, mais pas nécessairement) Different dosages existent: <ul style="list-style-type: none"> - Dosage OPTIMA, Dosoage COMPAS



ACF a présenté les résultats préliminaires des études sur « l'amélioration de la couverture et de la gestion de la prise en charge de la malnutrition aiguë par le soutien des agents de santé communautaires dans les zones d'urgence à travers un protocole modifié au Mali et au Niger ». **L'objectif de l'étude était d'évaluer l'efficacité, le coût-efficacité et la couverture de la prise en charge en élargissant le traitement communautaire de la MAS aux ASCs à travers l'application du protocole modifié (CompAS) dans une situation d'urgence à Gao (Mali) et N'guigmi (Niger).** Il s'agissait d'un essai randomisé contrôlé par grappes (ERCg) selon une conception de non-infériorité pour comparer trois protocoles différents au Mali et d'un essai d'intervention communautaire prospectif non randomisé et proposé avec un groupe contrôle et un groupe d'intervention où deux protocoles différents seront appliqués au Niger. Le protocole de prise en charge utilisé pour la MAS avec les ASCs était 1) utilisation du périmètre brachial et/ou des œdèmes bilatéraux comme seuls critères d'admission et de sortie ; 2) doses fixes d'ATPE pour traiter les enfants MAS et MAM selon le MUAC (2 sachets/jour aux enfants avec un PB < 115 mm et 1 sachet/jour aux enfants avec PB ≥ 115mm et < 125 mm).

Les résultats préliminaires ont montré qu'il y a un maintien de la qualité de la prise en charge avec respect des normes sphères avec l'utilisation du protocole CompAS. Il n'y a pas de différence dans la durée moyenne de séjour pour le traitement de la MAS entre les 2 protocoles (CompAS et PCIMA). Il y a une réduction de la quantité d'ATPE pour la prise en charge de la MAS sans complication avec le protocole CompAS et une augmentation de la couverture du traitement de la MAS par le protocole CompAS avec la décentralisation de la prise en charge de la MAS au niveau communautaire (ASCs). **Sous réserve des résultats finaux, nous pouvons conclure qu'avec le traitement de la MAS dans les sites ASCs/cases de santé, les ASCs avec un protocole modifié (CompAS), utilisent une quantité inférieure d'ATPE et augmentent la couverture de traitement par rapport au protocole PCIMA.**

IRC a présenté ses résultats sur l'efficacité du protocole de prise en charge simplifiée et combinée obtenus dans différents contextes. Le protocole de prise en charge que IRC utilise consiste à 1) simplifier les critères d'admission en utilisant seulement le PB et les œdèmes ; 2) combiner la prise en charge de la malnutrition sévère et modérée dans le même programme en utilisant le même intrant (ATPE) ; 3) simplifier la dose d'ATPE donnée aux enfants à 2 sachets/jour aux enfants avec PB < 115 mm ou œdèmes et 1 sachet/jour aux enfants avec PB 115-124mm. Les résultats montrent que ce protocole (appelé souvent CompAS) conduit à des taux de guérison et durées de séjour similaires qu'en appliquant le protocole standard et qu'il est moins coûteux par enfant traité car la consommation d'ATPE est réduite. **Ces résultats ont été confirmés dans plusieurs pilotes opérationnels, notamment au Mali où le district de Nara met en place ce protocole depuis plus de 3 ans avec des indicateurs programmatiques très satisfaisants.**



ALIMA a présenté les principes de base de la stratégie simplifiée OptiMA et son efficacité à travers les résultats de l'essai clinique OptiMA en RDC, ainsi que les pilotes en vie réelle mis en œuvre dans plusieurs contextes et pays. La stratégie OptiMA est axée sur trois principes de base : 1) améliorer la surveillance nutritionnelle communautaire à travers le renforcement de la capacité des parents sur la recherche des œdèmes, l'utilisation du ruban de mesure du PB en vue de d'un auto-référencement précoce vers les centres de santé ; 2) simplifier la prise en charge en basant l'admission, le suivi et la décharge des enfants uniquement sur le périmètre brachial et des œdèmes ; 3) utiliser un unique traitement nutritionnel (aliment thérapeutique prêt à l'emploi) selon un dosage dégressif. Cette stratégie a pour objectif d'accroître l'efficacité et la couverture des programmes de prise en charge de la malnutrition. L'étude OptiMA en RDC était un essai clinique contrôlé à base communautaire de non-infériorité et randomisé individuellement, comparant la stratégie nutritionnelle OptiMA au protocole nutritionnel standard effectif dans la zone de santé de Kamuesa (Kasaï) de juillet 2019 à août 2020. Dans le bras OptiMA, tous les enfants étaient traités par ATPE, selon le tableau de dosage OptiMA basé sur l'évolution du PB et de la prise de poids pendant la récupération (la dose d'ATPE est progressivement réduite au fur et à mesure que le poids et le PB de l'enfant augmentent). Le tableau de dosage OptiMA prévoit un apport calorique quotidien de 170-200, 125-190 et 50-166 kcal/kg/jour chez les enfants avec un PB < 115 mm, entre 115 et 119 mm et > 119 mm, respectivement. Les enfants souffrant d'œdèmes reçoivent la même ration d'ATPE que les enfants avec un PB < 115 mm jusqu'à ce que les œdèmes disparaissent, puis leur ration est déterminée en fonction de leur PB et de leur poids. Dans le bras standard, les enfants atteints de MAS et de MAM ont suivi deux protocoles de traitement différents, conformément aux directives nationales de la RDC⁴.

Les résultats montrent que la réduction du dosage des ATPE au fur et à mesure que l'enfant récupère n'a pas d'effets délétères sur la guérison, le gain de poids ou la rechute par rapport au dosage actuel. Il a été retrouvé un meilleur statut nutritionnel à 6 mois post inclusion dans le bras OptiMA alors que la quantité de traitement par ATPE est deux fois moins importante. Cela s'explique par le fait qu'un programme unique a permis de traiter tous les enfants avec PB < 125 mm et de traiter les enfants plus tôt en cas de rechute. Ces résultats démontrent la non-dangerosité et les avantages d'une approche potentiellement coût-efficace qui pourrait permettre à plus d'enfants de recevoir le traitement dans un contexte de détérioration de la situation alimentaire mondiale.

4. Les enfants qui présentaient une MAS définie par PB < 115 mm et/ou P/T < -3 et/ou des œdèmes nutritionnels, étaient traités par ATPE selon le tableau de dosage du protocole national de la RDC qui est basé sur le poids de l'enfant à chaque visite (i.e. que la dose d'ATPE augmente progressivement au fur et à mesure que le poids et le PB de l'enfant augmentent). Le protocole de la RDC prévoit un apport calorique quotidien en ATPE de 150-200 kcal/kg. Les enfants souffrant de la MAM, ceux présentant un PB entre 115 et 124 mm et un WHZ \geq -3 recevaient un sachet d'ASPE par jour (500 kcal/jour) toutes les deux semaines.

→ Synthèse des évidences scientifiques et questions de recherche en suspens



FAMILY MUAC

● Principales preuves scientifiques

- *Qualité du dépistage* : Les mères sont capables de prendre des mesures correctes du périmètre brachial, aussi précises que celles faites par les ASCs. Mais leurs capacités ont tendance à diminuer avec le temps. Les sessions de formation doivent donc être fréquemment renouvelées.
- *Dépistage précoce* : Les preuves scientifiques sont moins nombreuses sur ce point. Toutefois, une étude au Niger a montré que les enfants détectés grâce au PB Famille l'étaient de manière plus précoce et qu'ils étaient moins hospitalisés.

● Quelques questions de recherche en suspens

- Le PB Famille est-il efficace pour identifier les enfants souffrant de MAM ?
- Quel est l'impact du PB Famille sur les résultats cliniques (par exemple, le temps de récupération, les complications/hospitalisations, le taux de récupération) ?
- Quel est le coût-efficacité du PB Famille par rapport au dépistage traditionnel ?
- Comment assurer le monitoring de cette approche ? Quels sont les indicateurs les plus utiles pour le suivi, l'évaluation et l'apprentissage ?



CHW Treatment

● Principales preuves scientifiques

- *Couverture du traitement* : Plusieurs études ont montré une meilleure couverture du traitement de la MAS lorsque celui-ci est assuré par les ASCs. Certaines études font état d'une réduction des taux d'abandon en raison de la meilleure accessibilité du traitement (réduction des déplacements, proximité des ASCs).
- *Qualité et résultat du traitement* : De manière générale, on observe une amélioration des taux de guérison. Neuf études citées dans une revue systématique de la littérature ont révélé que les résultats du traitement par les ASCs dépassaient les normes Sphère.

● Quelques questions de recherche en suspens

- Quel est le niveau de supervision optimal pour assurer une qualité de soins appropriée ?

- Quel est le niveau d'incitation optimal pour motiver et retenir les ASCs ?
- Comment les parents et proches assimilés, les ASCs et le personnel de santé perçoivent-ils et acceptent-ils le transfert des responsabilités du personnel de santé vers les ASCs ?
- Quel est l'impact du traitement par les ASCs sur la non-réponse et les rechutes ?
- Cette approche est-elle coût-efficace ?



Reduced visit frequency

● Principales preuves scientifiques

Cette approche a été beaucoup mise en œuvre dans le contexte de la COVID-19 afin de limiter les visites au centre de santé et donc les contacts. Il existe toutefois relativement peu d'évidences sur son efficacité.

- *Couverture du traitement* : On suppose que la réduction du nombre de visites pourrait améliorer l'accès aux services et leur utilisation, en réduisant la demande qui pèse sur les populations en termes de temps et de ressources. Certains résultats opérationnels ont par ailleurs montré qu'une fréquence réduite des visites pourrait permettre de traiter plus d'enfants (moins de ressources nécessaires pour traiter chaque enfant).
- *Qualité et résultat du traitement* : Il existe là encore peu de preuves scientifiques sur les résultats du traitement. Ceux qui sont disponibles ne sont pas tous concluants. Un essai randomisé mené au Nigeria a montré que bien que les taux d'abandon soient plus faibles avec un suivi mensuel plutôt qu'avec un suivi hebdomadaire, le risque de mortalité entre l'admission et 3 mois après la sortie était lui significativement plus élevé dans le groupe suivi mensuellement. Dans la mesure du possible et dans l'attente d'autres preuves, il est donc pour l'instant recommandé de maintenir, lorsque cela est possible, une fréquence de visites hebdomadaire.

● Quelques questions de recherche en suspens

- Quel est l'impact sur le résultat du traitement (taux et temps de guérison, mortalité, etc.) ?
- Quels sont les défis rencontrés par les populations pour la gestion et le stockage des intrants à domicile (pression exercée par les membres de la famille pour partager la ration, espace de stockage insuffisant, ventes des produits, etc.) et comment ceux-ci peuvent-ils être atténués ?
- Quels sont les défis rencontrés par les populations pour la gestion et le stockage des intrants à domicile (pression exercée par les membres de la famille pour partager la ration, espace de stockage insuffisant, ventes des produits, etc.) et comment ceux-ci peuvent-ils être atténués ?



PROCESSUS D'OPÉRATIONNALISATION DES APPROCHES SIMPLIFIÉES : VERS UN PASSAGE À L'ÉCHELLE ?

Session 3 : Opérationnalisation des approches simplifiées *Implications programmatiques et défis opérationnels*

IRC a partagé l'expérience d'implémentation des approches simplifiées au Mali et les perceptions des proches soignants et du personnel de santé sur l'implémentation. Puis l'UNICEF a présenté un nouvel outil d'aide à la décision sur l'adoption des différentes approches simplifiées.

IRC a présenté les résultats d'une **enquête de satisfaction menée auprès des agents de santé et des parents proches et assimilés d'enfants souffrant de malnutrition aiguë dans le district de Nara, au Mali, où le paquet complet de simplifications (protocole simplifié, prise en charge par les ASC et approche PB Famille) est mis en place depuis 2018**. Les résultats montrent que les parents proches et assimilés sont très satisfaits de la nouvelle approche et saluent particulièrement les faits suivants : **1) les enfants MAM et MAS sont maintenant tous traités** (même ceux avec un PB jaune) et il n'y a plus de ruptures d'intrants pour les MAM ; **2) le traitement est disponible au niveau des agents de santé communautaires qui ont apprécié la simplicité du nouveau protocole**, particulièrement le fait qu'il n'y a plus de prise de poids et de taille et lecture de z-scores à chaque visite.

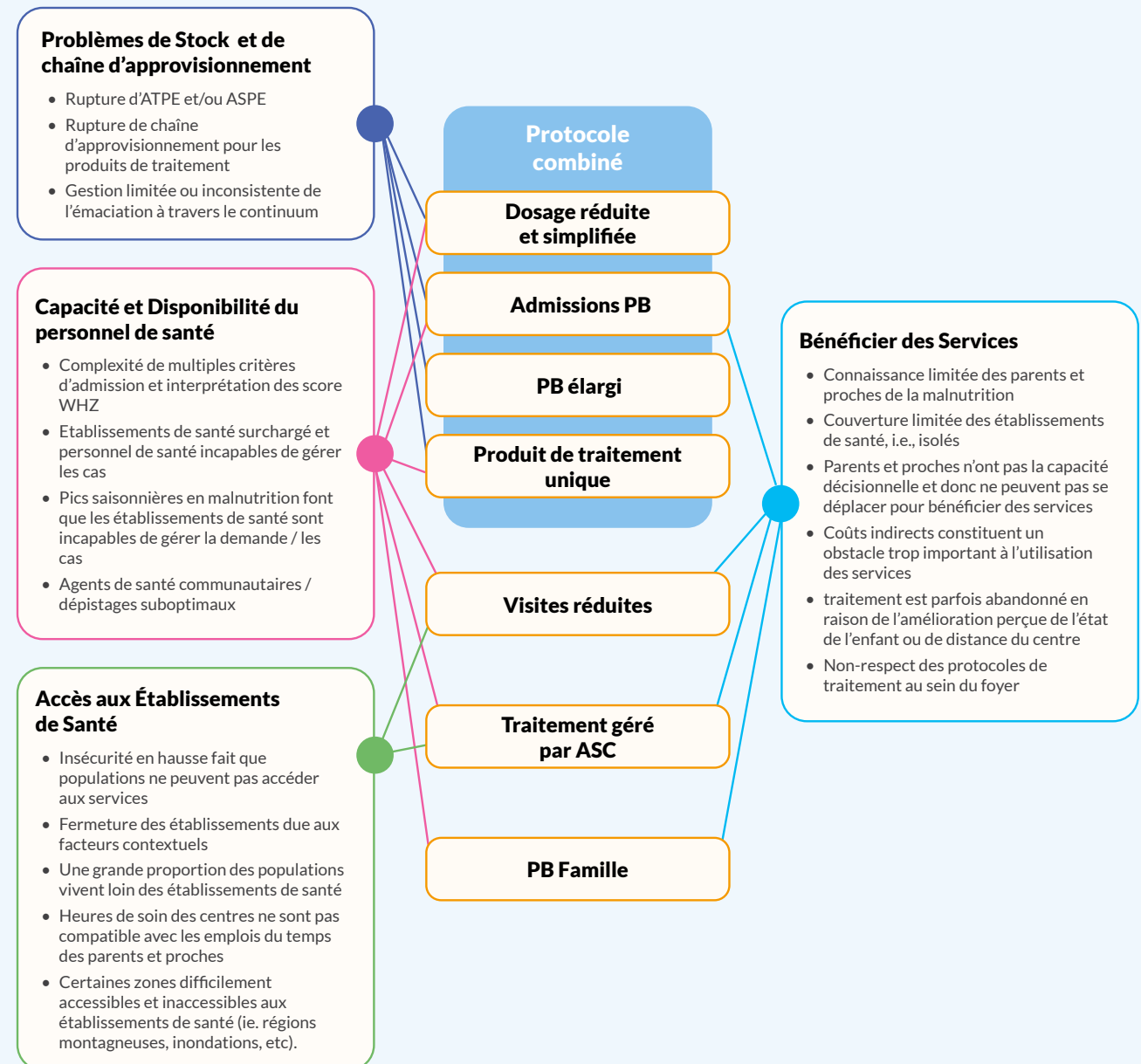
En revanche, les agents de santé comme les parents proches et assimilés considèrent comme un inconvénient que les enfants avec un PB compris entre 115 et 124 mm doivent suivre un traitement hebdomadaire. Ils ont demandé si les visites de ces enfants pouvaient être espacées de deux semaines plutôt qu'une. IRC est en train de lancer une nouvelle étude dans le district pour étudier l'impact sur la durée de séjour et le coût d'un espacement des visites toutes les 2 semaines pour les PB compris entre 115 et 124 mm.

L'UNICEF a présenté un outil d'aide à la décision sur l'utilisation des approches simplifiées dans des circonstances exceptionnelles. Développé avec le groupe de travail global sur les approches simplifiées, cet outil a pour objectif de guider les gouvernements ou organisations souhaitant mettre en place des approches simplifiées afin de lever certains obstacles à la prise en charge des enfants souffrant de malnutrition aiguë. Il permet notamment d'**identifier en fonction du type d'obstacle rencontré (obstacles à l'offre et à la demande de services PCIMA), la ou les approches simplifiées les plus pertinentes à mettre en œuvre** (cf. schéma sur la page suivante).

L'un des objectifs de cet outil est également d'aider à **définir ce qui est entendu par « circonstances exceptionnelles »**. Alors que l'OMS révisé actuellement les protocoles de traitement en vigueur et évalue certaines approches simplifiées en vue de leur éventuelle inclusion dans les nouvelles directives sur le traitement de l'émaciation, l'utilisation de ces simplifications est pour l'instant acceptable dans des circonstances exceptionnelles, lorsque cela est justifié, afin de garantir la continuité et la disponibilité des services. Il n'y a toutefois pas de définition précise ou de critères spécifiques permettant de déterminer si une situation relève de circonstances exceptionnelles ou non.

LES APPROCHES SIMPLIFIÉES

BARRIÈRES D'APPROVISIONNEMENT → **SIMPLIFICATION** ← BARRIÈRES DE DEMANDE





L'outil propose la définition suivante : l'expression « **circonstances exceptionnelles** » désigne un « **contexte complexe et/ou difficile ayant des effets négatifs sur la prestation des services de prise en charge ou sur la population cible** ». Cette définition est accompagnée d'une liste de 8 questions devant permettre d'aider à juger de la pertinence de la mise en œuvre d'approches simplifiées :

1. Les établissements de santé ont-ils récemment fermé (par exemple, en raison de l'insécurité) ou sont-ils devenus inaccessibles (par exemple, en raison d'un choc, comme une inondation) ?
2. La situation nutritionnelle s'est-elle considérablement détériorée, entraînant une augmentation soudaine de la prévalence d'émaciation chez les enfants ?
3. Des ruptures d'approvisionnement en produits de traitement essentiels ont-elles lieu ou sont-elles à prévoir ?
4. Le continuum de soins du traitement de l'émaciation présente-t-il des lacunes ?
5. Le personnel des établissements de santé est-il devenu indisponible (par exemple en raison d'autres urgences sanitaires comme la pandémie de COVID-19) ?
6. La couverture a-t-elle récemment diminué dans la zone d'intervention et/ou est-elle considérée comme excessivement faible ?
7. Une augmentation soudaine des taux d'abandon ou de mortalité a-elle été constatée ?
8. Les activités communautaires, en particulier les activités de dépistage, ont-elles diminué en raison d'un changement de contexte ?

Session 4 : Appropriation des approches simplifiées par les gouvernements de la région : quelles étapes ? *Élaboration des feuilles de route*

→ Identification des barrières à l'offre et à la demande de services pour la prise en charge de la malnutrition aiguë

La première séance était organisée autour de l'exploitation de l'outil d'aide à la décision présenté ci-avant. Les pays étaient divisés en 4 groupes pour travailler à l'identification des principales barrières à la prise en charge de la malnutrition aiguë dans les différents contextes auxquels ils sont confrontés dans leurs pays respectifs. Les principales barrières identifiées par les différents groupes de travail sont présentées dans le tableau ci-contre.

SERVICES DE PRISE EN CHARGE DE L'ÉMACIATION

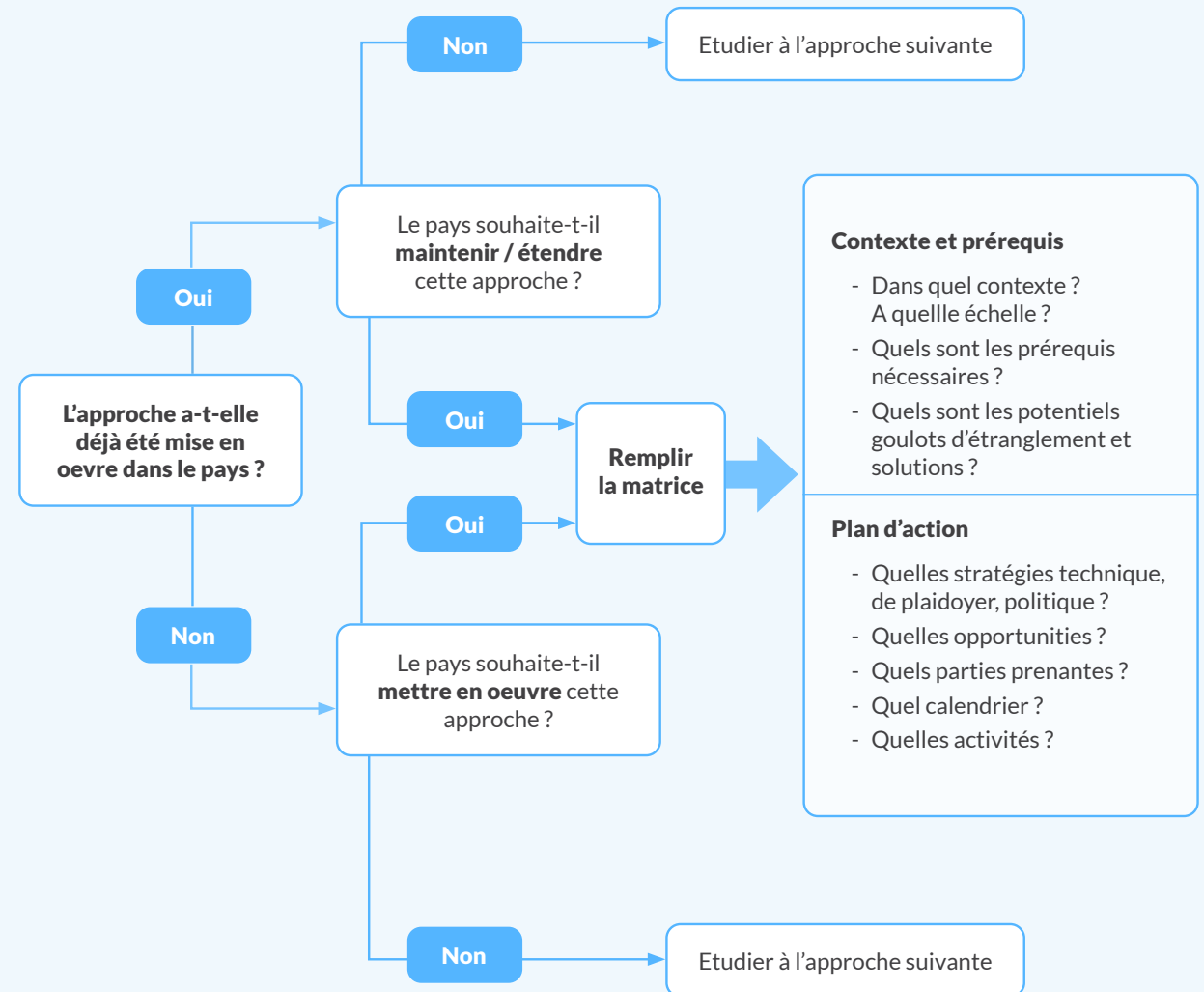
Principaux obstacles à l'OFFRE	Principaux obstacles à la DEMANDE
Indisponibilités des intrants <ul style="list-style-type: none"> - Rupture de stock - Acheminement difficile 	Distance/éloignement du centre de prise en charge <ul style="list-style-type: none"> - Peu de moyens de transports - Coût du transport
Discontinuité des soins <ul style="list-style-type: none"> - Manque de dépistage systématique au niveau des structures de santé - Suivi et remontée des données sanitaires 	Manque de temps <ul style="list-style-type: none"> - Pour aller au centre de santé pour les visites de suivi hebdomadaires (notamment durant la saison des travaux champêtres) - Pour patienter en attendant son tour une fois au centre de santé (le temps d'attente est parfois très long, il peut durer toute une journée)
Etablissements de santé fermés	Insécurité généralisée dans certaines zones et sur la route vers le centre de santé (qui affecte par ailleurs la disponibilité et la qualité de la prise en charge)
Etablissements de santé surchargés (surtout en période de soudure)	Méconnaissance de la malnutrition par les populations
Manque de RH, de personnel qualifié	Méconnaissance dans certains pays de la gratuité de la prise en charge
Insuffisance de l'intégration des services	Mobilité de la population : beaucoup de transhumance
Faibles capacités d'accueil et manque de matériel <ul style="list-style-type: none"> - Manque de lits pour les enfants avec des complications - Faible plateau technique 	Mauvais accueil dans certains centres de santé

Une fois ces barrières identifiées, l'exercice a consisté à déterminer les approches simplifiées les plus appropriées pour y remédier, en considérant le contexte des différents pays, leur état d'avancement vis-à-vis des approches simplifiées et les prérequis nécessaires pour mettre en œuvre chacune des approches simplifiées.

Cela a permis à chaque pays de travailler ensuite sur une ébauche de feuille de route mettant en avant les approches simplifiées qu'il souhaitait mettre en place ou étendre.

→ Elaboration des feuilles de route des pays pour une mise à l'échelle des approches simplifiées

L'objectif de cette séance de travail était d'aider les pays dans l'élaboration de leur feuille de route respective pour l'initiation ou l'extension d'approches simplifiées. Lors de cette séance, chaque pays a pu passer en revue chacune des approches simplifiées et s'interroger sur sa pertinence dans son ou ses contexte(s). Ils étaient guidés par une matrice dont les principaux éléments sont résumés dans le schéma ci-contre.





Bien que les pays n'aient pas eu le temps d'aborder la partie « plan d'action » (cf. schéma ci-avant), de fructueuses discussions ont émergé des échanges et ont permis d'initier des ébauches de feuilles de route qui ont ensuite été reprises et complétées lors d'ateliers nationaux.

Au **Burkina Faso**, il est considéré que l'approche PB Famille est nécessaire pour favoriser l'auto-référencement. Son adoption au niveau national est souhaitée. Il est aussi pensé que la prise en charge par les ASCs est une opportunité pour accroître l'accessibilité des soins, et est particulièrement adaptée pour les zones avec un accès difficile. Le protocole simplifié a déjà été adopté dans des situations particulières, surtout dans des zones de conflits où la proportion de centres de santé fermés est élevée. Il a été discuté de la redynamisation de cette approche et son renforcement dans ces zones. Des réflexions sur les potentiels goulots d'étranglements et les solutions ont été menées et devront être finalisées lors des ateliers nationaux.

Au **Mali**, la prise en charge par les ASCs figure déjà dans le protocole national depuis 2017 comme une approche à adopter au niveau national. Au Mali, le protocole simplifié a été discuté comme un protocole surtout adapté pour la prise en charge par les ASCs. Comme au Burkina Faso, il est considéré que l'approche PB Famille est nécessaire pour favoriser l'auto-référencement.

Au **Tchad**, pays sahélien, les adaptations aux approches simplifiées ont été mises en vigueur *a minima* au début de la pandémie de COVID-19. L'approche PB mère est implémentée par les ONG dans quelques zones du pays mais elle n'est pas encore adoptée par le ministère de la Santé. Au regard des bénéfices de cette approche, il a été considéré qu'il serait opportun de renforcer en nombre et en capacité les relais communautaires et faire un plaidoyer pour son adoption. Il a été admis que l'approvisionnement et la gestion des intrants reste problématique dans le pays. L'utilisation de produit unique reste une possibilité mais il faudra prendre en compte la possible charge de travail que cela peut générer et la considérer dans les décisions. Il a été proposé de continuer les projets pilotes pour mieux évaluer la portée de la stratégie. Les recommandations de l'OMS seront aussi prises en compte.

Pour la **République démocratique du Congo**, il a été souligné qu'il était important de s'approprier rapidement ces approches simplifiées. Il a été admis que l'approche PB mère est implémentable dans tous les contextes du pays et que son appropriation nécessitera des formations et des activités de plaidoyer à tous les niveaux. Concernant la prise en charge par les ASCs, il a été souligné que les barrières géographiques ainsi que la disponibilité en relais communautaires constitueraient une barrière à son adoption en termes d'accessibilité et d'approvisionnement. Des réflexions sont nécessaires pour voir la possibilité de son implémentation au niveau des postes de santé, des sites de soins ou même des cellules à assises communautaires. L'approche relative à la réduction des visites est perçue comme une possibilité dans les contextes d'accès sécuritaires précaires, mais la question des grosses quantités d'intrants à gérer par les ménages serait problématique. Cela pourrait cependant être minimisé par la visite fréquente des relais communautaires. Il a été admis que l'approche relative à la réduction des intrants peut être implémentée dans tous les contextes du pays et permettrait de rationaliser les intrants, peu disponibles dans le pays. L'approche dans son ensemble permettrait d'augmenter la couverture de la prise en charge.



Le **Sénégal** a identifié 4 approches simplifiées prioritaires : l'approche PB famille ; la prise en charge de la MAS sans complications médicales par les ASCs (déjà implémenté dans les 8 districts du pilote sur la PEC MAS communautaire avec une ambition de l'étendre dans 20 districts) ; la réduction des visites (implémentée dans le contexte de COVID-19) ; et l'élargissement des seuils de mesure du PB. Les principaux goulots d'étranglement en termes d'opérationnalisation sont :

- pour l'approche PB/famille : liés à l'insuffisance de MUAC et à un manque de suivi de la mise en œuvre de l'approche ;
- pour la prise en charge de la MAS par les ASCs : liés à l'insuffisance ou absence de motivation financière des ASCs, à la non-intégration des données communautaires dans le Rapport global de zone et à l'insuffisance dans la supervision du personnel communautaire ;
- pour l'élargissement des seuils de mesure du PB : liés à l'indisponibilité des équipements.

La **Mauritanie** a priorisé trois approches simplifiées à mettre en œuvre : l'approche PB famille, la prise en charge de la MAS par les ASCs et l'utilisation d'un produit unique pour le traitement de la MAS et MAM. Les goulots d'étranglement identifiés en Mauritanie pour la mise en œuvre de l'approche PB famille et la prise en charge de la MAS par les ASCs sont similaires à ceux identifiés au Sénégal. La Mauritanie compte tester les approches COMPAS et OptiMA dans au moins 4 districts sanitaires afin de produire plus d'évidences.

Le **Niger** compte mettre l'approche PB famille à l'échelle nationale, mais la disponibilité des rubans de mesure du PB, la formation des acteurs, le suivi post formation et la remontée des données pourraient entraver la mise en œuvre de ladite approche. La prise en charge de la MAS par les ASCs et la réduction des visites pourront être mises en place en situation particulière (urgence nutritionnelle déclarée, en période de pic d'admission en fonction du seuil CMAM Surge). Pour la réduction de dose, le Niger ne pourra se prononcer qu'après les recommandations de l'OMS sur les approches simplifiées.

Le **Cameroun** a déjà expérimenté l'approche PB famille et la prise en charge de la MAS par les ASCs, qui seront mises en œuvre dans tous les contextes afin de pallier les difficultés d'accès et d'augmenter la couverture et le dépistage précoce. Les autres approches simplifiées (réduction des visites, réduction du dosage, admission basée sur le PB et œdèmes, utilisation d'un produit unique et élargissement des seuils de PB) seront mises en place en fonction du contexte, c'est-à-dire en fonction de la disponibilité des intrants, des contraintes sécuritaires, de la rupture du continuum de prise en charge MAM/MAS, etc.

IV CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La conférence a été un succès, avec de riches échanges sur les évidences, les expériences et les questions de mise en œuvre des approches simplifiées et les pays ont tous démontré leur intérêt à intégrer des simplifications dans leurs protocoles nationaux de prise en charge de la malnutrition aiguë.

De manière générale, les discussions et débats lors des différentes sessions ont principalement porté sur des questions opérationnelles et de mise en œuvre plus que sur les preuves scientifiques. Ceci témoigne d'un changement de paradigme positif vis-à-vis des approches simplifiées ; il ne s'agit plus de démontrer leur efficacité, leur bien-fondé ou leur pertinence mais plutôt de s'interroger sur leur faisabilité et leur opérationnalisation. Le « comment faire » était alors au cœur des discussions :

- *Comment cibler les zones de mise en œuvre ?*
- *Comment faire sans le soutien rapproché des ONG ?*
- *Comment assurer une bonne gestion des intrants au niveau communautaire ?*
- *Comment rémunérer les ASC de manière à maintenir leur motivation ?*
- *Comment assurer le monitoring des approches simplifiées ?*

Les pays présents ne partagent pas tous les mêmes réalités opérationnelles sur la prise en charge de la malnutrition aiguë. Il a été cependant relevé que la conférence a joué un grand rôle dans leur compréhension commune sur les approches simplifiées.

Elle a permis d'élucider des questions latentes et a apporté de nouvelles données qui seront des points de discussion dans les forums ou clusters au niveau national.

À l'issue de cet atelier, les recommandations suivantes ont été formulées :

1. **Finaliser le travail** en collaboration avec les acteurs de nutrition au niveau national pour finaliser les feuilles de route et aboutir à un plan d'action vers l'adoption des approches simplifiées.
2. **Préparer un plan de travail / guide** sur le déploiement des approches simplifiées au niveau du pays.
3. **Faire un suivi des feuilles de route et des plans d'action** de la mise à l'échelle des approches simplifiées chaque trimestre dans les pays.
4. **Poursuivre, à travers les comités de pilotage, la coordination des approches simplifiées** avec tous les acteurs (Ministère de la Santé, ONGs, Nations Unies) sous le lead du Ministère de la Santé.
5. **Documenter les leçons apprises** de la mise à l'échelle des approches simplifiées pour guider d'autres pays dans leurs réflexions sur les approches simplifiées.

UNICEF, ALIMA, ACF et IRC sont disposées à soutenir techniquement les Ministères de la Santé en Afrique de l'Ouest et du Centre pour le test, le pilotage et la mise à l'échelle des différentes simplifications.

Pour retrouver toutes les présentations partagées lors de la conférence régionale sur les approches simplifiées, rendez-vous sur ce lien :

<https://www.simplifiedapproaches.org/learning-event>

QUESTIONS/ RÉPONSES

Table des matières

INTRODUCTION 26

APPROCHES SIMPLIFIÉES : DÉFINITION ET INTÉRÊT

En quoi consistent les approches simplifiées ?

Pourquoi adopter des approches simplifiées ?

Où ont-elles été implémentées jusqu'à présent ?

CONTEXTES DIFFICILES ET SIMPLIFICATIONS ADAPTÉES 27

Dans un contexte de ruptures récurrentes d'aliments thérapeutiques prêts à l'emploi (ATPE), quelle simplification pourrait aider ?

Dans un contexte de manque d'agents de santé (pour cause d'insécurité par exemple), quelle simplification pourrait aider ?

Dans un contexte de faible couverture de la prise en charge à cause des grandes distances jusqu'aux centres de soin, quelle simplification pourrait aider ?

Dans un contexte de mauvaise qualité de prise en charge (anthropométrie incorrectement prise), enfants sortis avant guérison, etc.), quelle simplification pourrait aider ?

CONSIDÉRATIONS OPÉRATIONNELLES DE L'IMPLÉMENTATION DES APPROCHES SIMPLIFIÉES 27

Quelle est la proportion d'enfants MAS exclus du traitement si nous adoptons le PB < 125 mm et la présence d'œdèmes comme seuls critères d'admission ?

Quel est l'impact du changement du protocole standard à un protocole simplifié sur la consommation d'ATPE ?

Quels sont les aspects à prendre en compte pour assurer la gestion des intrants par les ASC dans le cadre de la prise en charge de la malnutrition par les ASC ?

INTRODUCTION

Ce document vise à regrouper les questions principales qui ont été soulevées au cours de la Conférence régionale sur les approches simplifiées de la prise en charge de la malnutrition aiguë, organisée les 15 & 16 juin 2022 à Dakar. ALIMA (The Alliance for International Medical Action), ACF (Action Contre la Faim), IRC (International Rescue Committee) et l'UNICEF, tiennent encore une fois à remercier chaleureusement toutes les participantes et tous les participants pour les partages d'expériences et les leçons apprises.

Les réponses apportées ici ont été conjointement rédigées par nos différentes organisations et se fondent sur nos expériences respectives. Nous espérons qu'elles apporteront satisfaction au plus grand nombre.

→ APPROCHES SIMPLIFIÉES : DÉFINITION ET INTÉRÊT

En quoi consistent les approches simplifiées ?

Les « approches simplifiées » consistent à dépister et à soigner précocement les enfants souffrant de malnutrition aiguë de manière plus efficiente, en simplifiant le protocole standard. Le terme « approches simplifiées » fait référence à un certain nombre de simplifications des protocoles nationaux et internationaux existants pour le traitement de l'émaciation des enfants.

Ces simplifications sont **conçues pour améliorer l'efficacité, la qualité, la couverture des soins et réduire les coûts de prise en charge des enfants souffrant d'émaciation**. Les approches simplifiées les plus utilisées sont :

1. **PB famille** : participation des membres de la famille pour dépister la malnutrition et orienter leurs enfants ;
2. **Traitement de l'émaciation géré par les agents de santé communautaires (ASC)** : gestion de l'émaciation sévère sans complications ;
3. **Fréquence réduite des visites de suivi** ;
4. Admission, traitement et sortie des enfants sur la base de la **mesure du périmètre brachial et/ou de la présence d'un œdème** ;
5. **Élargissement des critères d'admission** : augmentation systématique du seuil du périmètre brachial pour inclure davantage d'enfants (par exemple 120 mm ou 125 mm) ;
6. **Utilisation d'un seul produit de traitement** : aliments thérapeutiques prêts à l'emploi (ATPE) pour le traitement de tous les enfants émaciés nécessitant un traitement ;
7. **Réduction des doses** : modification des doses d'aliments thérapeutiques prêts à l'emploi au cours du rétablissement.

Pourquoi adopter des approches simplifiées ?

Dans des zones où la couverture de traitement est très faible à cause de l'indisponibilité d'agents qualifiés, des distances ou autres, les approches simplifiées peuvent permettre l'élargissement de cette couverture. En effet, un protocole simplifié peut facilement être adopté par des agents de santé moins qualifiés ou surchargés. Les approches simplifiées peuvent permettre une réduction et une simplification des tâches afin d'assurer un traitement de qualité pour tous. Celles-ci viennent renforcer le protocole standard dans un contexte spécifique et non pas le remplacer ou le repenser entièrement.

Où ont-elles été implémentées jusqu'à présent ?

Le site web www.simplifiedapproaches.org réunit des informations sur les approches simplifiées et inclut une cartographie de l'implémentation des différentes approches dans différents pays. Il montre que 52 pays ont testé, piloté ou implémenté à l'échelle des approches simplifiées. L'approche la plus couramment implémentée est l'approche PB-Famille, testée ou adoptée par 39 pays. Le protocole combiné est testé ou piloté dans 31 pays. La mise en oeuvre a été réalisée dans des contextes très divers : ruraux (par exemple au Mali, Niger et Burkina Faso), urbains (Mali, Kenya, Somalie), urgences (Sud Soudan, Somalie), stables (Mali, Burkina Faso), camps de réfugiés/déplacés internes (Kenya), en déploiement directement par une ONG (Sud Soudan et Kenya) et en soutien au Ministère de la Santé (Mali). Le traitement de la MAS sans complications par les agents de santé communautaires (ASC) dans les cases de santé/sites ASC/USB a été testé ou piloté dans 22 pays dans le monde et plus particulièrement au Cameroun, Mali, Niger, Sénégal et en Mauritanie, en Afrique de l'Ouest et du Centre.

Quel est le positionnement de l'OMS par rapport aux protocoles simplifiés ?

À l'heure actuelle, l'OMS n'a pas de recommandation formelle par rapport aux approches simplifiées mais l'institution des Nations Unies les voit comme une potentielle solution pour faire face à des situations d'urgence ou autres situations d'exception (par ex. COVID-19).

→ CONTEXTES DIFFICILES ET SIMPLIFICATIONS ADAPTÉES

Dans un contexte de ruptures récurrentes d'aliments thérapeutiques prêts à l'emploi (ATPE), quelle simplification pourrait aider ?

Au-delà de sa pertinence médicale, la réduction de la dose d'ATPE qui correspond à l'évolution des besoins nutritionnels de l'enfant au cours du traitement, peut également permettre de rationaliser l'utilisation des produits dans un contexte de rupture puisqu'elle permet de maximiser le nombre d'enfants traités avec des stocks d'intrants limités. La réduction peut être faite progressivement durant le traitement des enfants MAS ou bien depuis le départ. Voir les protocoles MANGO, ComPAS et OptiMA pour exemple.

Dans un contexte de manque d'agents de santé (pour cause d'insécurité par exemple), quelle simplification pourrait aider ?

L'utilisation d'un protocole simplifié (y compris la simplification des critères d'admission et la simplification de la dose d'ATPE donnée) peut être

une option afin de former des agents de santé non-formellement qualifiés ou des ASC pour prendre en charge les enfants dans les zones désertées par les agents de santé formels.

Dans un contexte de faible couverture de la prise en charge à cause des grandes distances jusqu'aux sites de traitement, quelle simplification pourrait aider ?

La formation des agents de santé et des volontaires de santé communautaires à la prise en charge peut permettre aux patients d'avoir accès au traitement plus facilement et ainsi élargir la couverture. Beaucoup d'études ont démontré qu'avec la décentralisation de la prise en charge de l'émaciation au niveau communautaire par les ASC, nous pouvions augmenter la couverture avec la levée des barrières géographiques et économiques liées au transport.

Une autre approche simplifiée permet de réduire le nombre de visites médicales de suivi des enfants malnutris, et ainsi, limiter la fréquence des déplacements des familles jusqu'aux sites de traitement. Cependant, les évidences sur cette simplification sont encore peu nombreuses et l'impact sur le taux de guérison doit encore être évalué.

Dans un contexte de mauvaise qualité de la prise en charge (anthropométrie incorrectement prise, enfants sortis avant guérison etc.), quelle simplification pourrait aider ?

L'utilisation d'un protocole simplifié de prise en charge (critères d'admission simplifiés et dosage d'ATPE simplifié) peut faciliter la prise en charge pour les agents. Ils n'ont plus besoin de prendre les mesures de poids et taille qui prennent du temps, ni de faire la lecture de la table de z-scores. Cela peut leur permettre de se concentrer sur l'essentiel.

→ CONSIDÉRATIONS OPÉRATIONNELLES DE L'IMPLEMENTATION DES APPROCHES SIMPLIFIÉES

Quelle est la proportion d'enfants MAS exclus du traitement si nous adoptons le PB < 125 mm et la présence d'oedèmes comme les seuls critères d'admission ?

Selon les enquêtes nutritionnelles, on sait que dans beaucoup de contextes, on identifie beaucoup plus de patients en état de malnutrition via la mesure du poids-taille plutôt que le PB. Dans la région de l'Afrique de l'Ouest et du Centre, environ 10-35% des enfants MAS (par PB ou PTZ) sont exclus du traitement si on adopte comme critère d'admission un PB < 125 mm et les oedèmes seulement. Une étude des données SMART du pays est recommandée pour orienter une décision de simplification des critères d'admission en calculant la proportion d'enfants exclus. Néanmoins, la décision doit aussi prendre en compte les barrières à la prise en charge et si en réalité la prise de PTZ est faisable pour tous les enfants en termes de temps de travail, équipements et compétences des agents de santé.



Quel est l'impact sur la consommation d'ATPE si on change d'un protocole standard à un protocole simplifié ?

Plusieurs études comparatives et opérationnelles ont montré que la quantité d'ATPE consommée par un enfant pour guérir est réduite quand on utilise un traitement nutritionnel à dosage réduit en fonction du degré de malnutrition et répondant aux besoins énergétiques journaliers de chaque enfant. Par contre, à l'heure actuelle nous ne savons pas si la quantité totale d'ATPE pour ravitailler tout un district qui implémente le protocole simplifié sera différent, sachant qu'il s'agit aussi de traiter les enfants MAM. Donc la quantité d'ATPE par enfant est réduite mais nous ne savons pas si la quantité totale d'ATPE est réduite, similaire ou supérieure.

Quels sont les aspects à prendre en compte pour assurer la gestion des intrants par les ASC dans le cadre de la prise en charge de la malnutrition par les ASC ?

Le transport des intrants vers les ASC reste un problème. Il faut améliorer la chaîne d'approvisionnement pour limiter les ruptures, surtout quand il n'y a pas d'appui de partenaires et une mauvaise utilisation des ATPE et il faut favoriser une décentralisation du traitement.

Pour cela, il faudra intégrer l'approvisionnement des ATPE dans le système logistique des médicaments essentiels génériques et identifier un système de transport des intrants nutritionnels au niveau local. Il faudra au maximum acheter localement, de manière mensuelle (et non pas annuelle) et gérer la distribution au niveau communautaire. Il faudra également faire des demandes en fonction des besoins réels afin d'éviter de trop grosses commandes.

Enfin, malgré le coût que cela représente, il est important d'inclure les agents de santé communautaire dans la gestion des intrants. Cela va demander l'élaboration de réformes de santé incluant les ASC et leur prise en charge et rémunération.



ALIMA

Rodrigue ALITANOU
Coordinateur régional
des approches simplifiées OptiMA
rodrique.alitanou@alima.ngo
communication@alima.ngo



ACF

Abdias DOUGNON
Coordinateur régional
Santé et Nutrition/iCCM
adougnon@wa.acfspain.org



IRC

Suvi KANGAS
Chercheuse en nutrition
suvi.kangas@rescue.org



UNICEF

Justine BRIAUX
Spécialiste nutrition
jrbiaux@unicef.org