

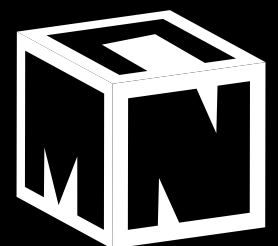
---

# ACCÈS POUR TOUS

## **VOLUME 1:**

Le traitement communautaire de la malnutrition aiguë sévère (MAS) mis à l'échelle est-il capable de répondre aux besoins mondiaux ?

**SAUL GUERRERO & ELLIE ROGERS**



COVERAGE MONITORING NETWORK

## REMERCIEMENTS:

---

Les auteurs tiennent à remercier Tanya Khara pour le soutien qu'elle leur a apporté en orientant les premières versions du présent examen, ainsi que l'ensemble des partenaires et confrères qui ont contribué à ce processus et notamment Caroline Abl (International Medical Corps), Jose Luis Alvarez, Cécile Basquin (ACF), André Briend, Elhadj Issakha Diop (Helen Keller International), Colleen Emary (World Vision), Maureen Gallagher (ACF), Mark Myatt, Kate Sadler (Valid International), Cécile Salpeteur (ACF), Matthew Kletzing (ACF) et Hugh Lort-Phillips (ACF). Les auteurs souhaitent aussi remercier World Vision International pour avoir partagé les données et informations contenues dans le présent examen. Cet examen a été mené grâce à la contribution de la Direction générale de l'aide humanitaire et de la protection civile (ECHO) de la Commission européenne et le Bureau d'assistance aux catastrophes à l'étranger (OFDA) d'USAID.

## CITATION PROPOSÉE:

---

Guerrero et Rogers (2013) Accès pour tous : Le traitement communautaire de la malnutrition aiguë sévère (MAS) mis à l'échelle est-il capable de répondre aux besoins mondiaux ? (Coverage Monitoring Network, Londres, juin 2013)

## CLAUSE DE NON-RESPONSABILITÉ:

---

Les opinions des auteurs qui sont exprimées dans la présente publication ne reflètent pas forcément les opinions de l'Agence des États-Unis pour le développement international ou du gouvernement des États-Unis d'Amérique.

Le Projet CMN est une initiative inter-agence qui vise à améliorer les programmes de nutrition par le biais de la promotion d'outils de qualité pour l'évaluation de la couverture, du renforcement des capacités et du partage d'informations.

---



Save the Children



## AVEC LE SOUTIEN DE:

---

## AVEC LE SOUTIEN FINANCIER DE:

---



En un peu moins de quatre décennies, le traitement de la MAS est passé d'un effort clinique fourni à petite échelle à un service mondial de santé publique qui concerne chaque année plus de deux millions de patients. Cette mise à l'échelle, qui a eu lieu au cours de la dernière décennie, est en grande partie imputable à l'introduction d'approches communautaires du traitement de la MAS. Toutefois, depuis la mise à l'échelle rapide d'approches communautaires de ce type, peu d'examen généraux de leur performance au fil du temps ont été conduits.

Le présent rapport - le premier d'une série de trois - offre une évaluation comparative de la performance et de l'efficacité du modèle au cours de deux périodes distinctes de son élaboration : de 2001 à 2006, période au cours de laquelle la majorité des projets de traitement communautaire de la MAS ont été mis en oeuvre par des ONG, et de 2007 à 2013, lorsque nombre de programmes de traitement communautaire ont été intégrés aux services sanitaires traditionnels par les ministères de la Santé. Pour chacune de ces périodes, trois éléments du modèle de traitement communautaire sont évalués : la capacité des services de soins à guérir les cas de MAS ; leur capacité à atteindre la plus grande proportion de la population touchée (couverture) et leur rapport coût-efficacité.

## LE RAPPORT ÉNONCE TROIS CONCLUSIONS PRINCIPALES:

**1** Les modèles de traitement communautaire engendrent des résultats cliniques exceptionnels. Les taux de guérison médians des modèles communautaires au cours des périodes 2001-2006 et 2007-2013 se sont élevés respectivement à 80 % et à 84 %. **Les cas de MAS admis au sein des services de soins aujourd'hui sont susceptibles d'être soignés avec autant de succès qu'il y a dix ans.**

**2** Dans les zones où des services de MAS sont disponibles, seul un tiers des personnes affectées accèdent en réalité à un traitement. L'analyse montre que, bien qu'une couverture élevée puisse être atteinte par le traitement communautaire de la MAS, les conditions nécessaires pour ce faire sont rarement satisfaites. **La capacité des services de soins à répondre aux besoins mondiaux en termes de MAS dépend de l'amélioration significative et systématique de la couverture**

**3** Les modèles communautaires présentent un meilleur rapport coût-efficacité que les modèles de prise en charge hospitalière. Les analyses du rapport coût-efficacité montrent ainsi que certains modèles communautaires étaient deux fois plus rentables que les modèles de prise en charge hospitalière. **Malgré le fait qu'ils dépendent de facteurs opérationnels propres au contexte, les récents éléments de preuve suggèrent que les services de traitement communautaire de la MAS dispensés par les ministères de la Santé continuent d'être des interventions rentables.**

**LE VOLUME DEUX** de cette série en trois volets se penchera de plus près sur les questions qui affectent la couverture des services de traitement communautaire de la MAS et cherchera à savoir ce qui empêche les patients touchés par la MAS d'accéder aux services de soins. **LE VOLUME TROIS** analysera les changements programmatiques et politiques qui pourraient être mis en oeuvre afin de faciliter l'accès au traitement de la MAS et cherchera à savoir quels enseignements nous pouvons tirer d'autres interventions de santé publique pour surmonter ces obstacles.

## 4 Introduction

Aujourd'hui, un enfant atteint de malnutrition aiguë sévère (MAS) a plus de chance que jamais de bénéficier des soins qui garantiront sa survie. Les progrès réalisés en matière de compréhension clinique de la MAS et l'évolution des soins prodigués, d'une prise en charge en milieu hospitalier à une prise en charge communautaire, ont joué un rôle essentiel à cet égard. Ces progrès ont également contribué à l'intégration du traitement de la MAS dans les systèmes de santé de plus de 60 pays, faisant de ce qui était autrefois perçu comme une intervention humanitaire un élément à part entière des services de santé nationaux à travers le monde.

Cependant, depuis la mise à l'échelle rapide du traitement communautaire de la MAS, peu d'examen globaux offrent une évaluation comparative de la performance et de l'efficacité du modèle de traitement communautaire.

Le premier volume de cette série en trois volets a pour objectif d'offrir un tel examen<sup>1</sup>. Il se concentre sur trois éléments clés du modèle, à savoir 1) la capacité des services de soins à traiter avec succès les cas de MAS ; 2) leur capacité à atteindre une très grande proportion de la population touchée (couverture) et 3) leur rapport coût-efficacité. Il examine la performance du modèle au cours de deux phases distinctes : la période des programmes mis en oeuvre par les ONG (2001-2006) et la période des services intégrés, mis en oeuvre par les ministères de la Santé (2007-2013). Cependant, ce classement n'est pas sans problèmes. En effet, beaucoup de programmes mis en oeuvre entre 2001 et 2006 bénéficiaient d'une participation im-

portante du ministère de la Santé concerné, alors que certains programmes mis en oeuvre après 2007 ont bénéficié d'un degré d'assistance variable de la part des ONG. Une chose est sûre, toutefois : la mise en oeuvre du traitement communautaire de la MAS, qui se faisait dans le cadre de programmes nécessitant d'importantes ressources, déployés sur une zone restreinte, s'inscrit désormais dans le cadre des services de santé nationaux au sens plus large, avec des niveaux de soutien et de supervision en baisse. L'essence du modèle (à savoir la promotion du dépistage précoce et le traitement de la plupart des cas de MAS en ambulatoire) est restée la même, mais les changements offrent des indications précieuses sur l'efficacité du modèle mis à l'échelle.

La nécessité de comprendre les opportunités et les défis qui se présentent en matière de mise à l'échelle du traitement de la MAS se développe rapidement. La série d'articles récemment publiée par The Lancet sur la nutrition maternelle et infantile a fait de la mise à l'échelle des services de prise en charge de la MAS (à un taux de couverture de 90 %) un élément clé du cadre envisagé pour la survie de l'enfant. (1) Cependant, les estimations les plus récentes de l'UNICEF suggèrent qu'à l'heure actuelle, moins de 15 % des patients touchés par la MAS à travers le monde ont accès à un traitement. (2) Il est impératif d'accroître la proportion des personnes atteintes de MAS qui ont accès aux soins et la présente publication cherche à contribuer aux analyses fondées sur des données factuelles et aux mesures nécessaires afin que s'opère un tel changement.



Photo : Samuel Hauenstein Swan

<sup>1</sup> Les auteurs reconnaissent que le modèle de soins thérapeutiques communautaires (CTC)/ prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë (PCMA) a été conçu pour soigner tant la malnutrition aiguë sévère que la malnutrition aiguë modérée, et qu'une analyse de sa performance nécessite un examen des deux composantes de

soins. Le présent examen se concentre exclusivement sur le traitement de la MAS et, par conséquent, nous avons tenté dans la mesure du possible d'éviter d'employer les expressions « soins thérapeutiques communautaires (CTC) » et/ou « prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë (PCMA) ».

L'identification du protocole actuel de traitement de la MAS a commencé par les travaux réalisés par JC Waterlow au sein de la Tropical Metabolism Research Unit en Jamaïque dans les années 1960. (3) Les recherches approfondies qu'il a conduites sur le kwashiorkor et le marasme chez les enfants hospitalisés ont permis de mettre au point des régimes alimentaires plus appropriés à la réhabilitation nutritionnelle, qui sont la base du traitement dispensé de nos jours. (3-7)

Alors que le nombre de situations d'urgence humanitaire n'a fait que croître au cours des vingt-cinq dernières années du XXe siècle (8), l'opérationnalisation du traitement de la MAS a de plus en plus gagné en importance. Introduits au milieu des années 1970, les Therapeutic Feeding Centres (TFC - centres nutritionnels thérapeutiques) furent le premier modèle de dispense de soins. Ils reproduisaient sur le terrain le type de soins cliniques qui étaient dispensés précédemment en milieu hospitalier, offrant une prise en charge hospitalière avec des équipements médicaux et un personnel de santé formé. (10) Ces structures temporaires étaient souvent mises en place, financées et gérées par des organisations non gouvernementales internationales (ONGI) parallèlement au système de santé local.

En 1993, un régime alimentaire particulier visant à soigner la MAS dans les TFC avait été officialisé. (11) La formule se fondait principalement sur les travaux de M. Golden et mena à la production commerciale des laits thérapeutiques F75® et F100® de Nutriset. (12,13) Ces laits en poudre associés à l'utilisation routinière d'antibiotiques, au traitement de la déshydratation et à l'administration routinière de vaccins contre la rougeole et de vitamine A fournirent le premier protocole de traitement (11) et débouchèrent sur la rédaction du premier manuel détaillé expliquant comment assurer la réhabilitation des enfants touchés par la MAS. (14)

En dépit de ces avancées cliniques significatives, des restrictions importantes affectaient le modèle de dispense de soins. Les TFC étaient considérés comme efficaces étant donné que le modèle pouvait engendrer des résultats acceptables dans des conditions idéales mais, en pratique, ils s'avèrent inefficaces (15), car ces résultats étaient rarement atteints à l'échelle. L'accès limité aux soins, débouchant sur un taux de couverture faible (voir encadré 1) représentait la limitation la plus importante du modèle des TFC. Il n'y a généralement pas de données fiables et comparables sur la couverture des TFC mais, d'après les estimations, ces centres seraient parvenus à atteindre entre 4 % (16) et 10 % (17) de la population affectée dans les zones où ces programmes opéraient. Les TFC étaient

en mesure de guérir la plupart des patients touchés par la MAS qu'ils admettaient, mais la majorité des patients atteints n'y avaient pas accès.

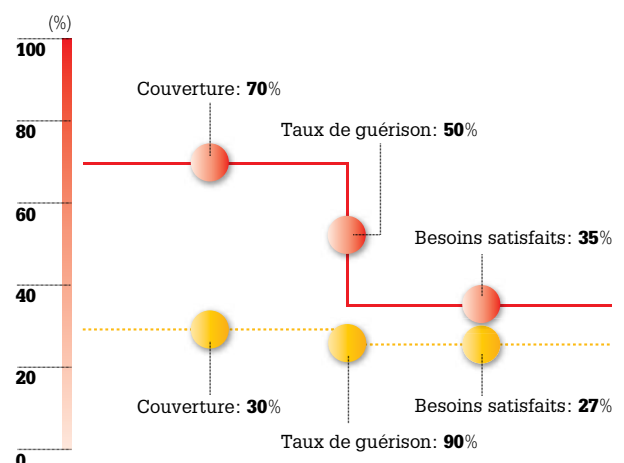
Six facteurs clés restreignaient l'accès aux TFC et étaient responsables de la faiblesse continue du taux de couverture, à savoir un dépistage limité des cas de MAS, la distance séparant les patients des services, (18) les coûts d'opportunité élevés

### ENCADRÉ 1 » **Qu'est-ce que la Couverture?**

La couverture se définit habituellement comme la proportion de toutes les personnes qui ont besoin de recevoir un service ou qui remplissent les conditions pour en bénéficier qui reçoivent effectivement ce service. La couverture est considérée comme un indicateur indispensable du succès et de l'impact d'un programme. (16) Avec l'efficacité d'un programme, la couverture détermine la proportion des besoins que satisfait une intervention. (18) Des taux de guérison plus bas et une couverture plus élevée peuvent en réalité mener à davantage de besoins satisfaits que des taux de guérison élevés et une couverture faible (voir figure 1). La couverture fait également office d'indicateur indirect fiable du niveau d'accessibilité d'un service donné. Plus la couverture est faible, moins le programme sanitaire est accessible.

FIGURE 1

#### La relation entre la couverture, le taux de guérison et les besoins satisfaits (impact) dans la prise en charge de la MAS



Source: Sadler, K. 2008 (16)

# 6 Contexte

pour les accompagnants, (20, 21) un risque accru d'infection croisée, (22) la capacité fixe des TFC et les risques de sécurité accrus liés à la recherche de soins. (23) Nombre de limitations étaient liées à des caractéristiques intrinsèques du protocole de traitement : la réhabilitation des patients atteints de MAS nécessitait un personnel médical formé et l'utilisation des laits thérapeutiques F75® et F100® nécessitait de disposer d'eau propre et potable pour leur préparation. Mais quelle qu'en soit la cause, les effets étaient clairs : le fait d'ignorer les « éléments économiques, psychologiques et sociaux » de la MAS (10) rendait les services de soins inaccessibles à beaucoup, ce qui avait pour conséquence une arrivée tardive des patients et un taux de couverture faible. Pour rompre définitivement avec ces problèmes, il était essentiel de mettre fin à la dépendance vis-à-vis des laits thérapeutiques et ce, dans le cadre d'un modèle accordant la priorité numéro un à l'accès aux soins.

S. Collins a été le premier à parler publiquement de ces questions et à élaborer un modèle de dispense de soins viable et différent. Pour ce faire, il était impératif de s'attaquer en premier au problème des limitations des laits thérapeutiques eux-mêmes. En 1996, sous la direction d'A. Briend, les premiers Aliments thérapeutiques prêts à l'emploi (ATPE) furent mis au point pour traiter la MAS (19, 24-27). Les ATPE donnèrent à ceux qui travaillaient sur un modèle de remplacement pour la fourniture des soins un produit adapté au but recherché. Il fallait désormais trouver une méthode rapide et fiable pour identifier les cas de MAS. Au début des années 2000, des éléments de preuve suffisants avaient été rassemblés sur le périmètre brachial (PB ou MUAC) pour prouver que la masse musculaire du bras était à elle seule l'indicateur le plus sensible de la mortalité à des niveaux de spécificité élevés, et un meilleur indicateur que le rapport poids-taille, le rapport poids-âge ou encore que le rapport taille-âge. (28-30) Il s'avéra que les brassards pour PB étaient faciles, simples et suffisamment précis pour être utilisés par des bénévoles ne bénéficiant pas d'une formation médicale. (30, 31) Si les ATPE offraient une manière de bien soigner la MAS à domicile, le PB offrait quant à lui un moyen simple et transparent d'identifier les patients souffrant de cette affection au sein des communautés.

Grâce à ces outils, un nouveau modèle communautaire fut mis à l'essai (par S. Collins, son équipe et ses partenaires) en Éthiopie puis au Soudan, servant de base à ce qui deviendrait un jour le modèle Community Therapeutic Care (CTC - soins thérapeutiques communautaires). (32-33) Le modèle CTC s'appuyait sur le fait que la sévérité de la malnutrition serait ainsi classifiée d'une manière plus appropriée (Annexe 1). Fondé sur l'idée selon laquelle la majorité des cas pouvaient être traités en ambulatoire, ce modèle de santé publique im-

## ENCADRÉ 2 » Les principes directeurs des CTC

« Les [CTC] cherchent à offrir une assistance rapide, efficace et peu coûteuse qui perturbe le moins possible les communautés affectées et qui construise des bases permettant de relier les interventions de développement et de secours en vue de trouver des solutions de long terme à l'insécurité alimentaire et aux menaces à la santé publique » (18).

- 1 COUVERTURE ET ACCÈS MAXIMAUX**  
Les centres décentralisés et la participation des communautés permettent d'atteindre et de soigner la plus grande proportion de la population dans le besoin. (35)
- 2 CARACTÈRE OPPORTUN**  
Les ressources limitées nécessaires au démarrage du modèle permettent un lancement rapide, satisfaisant ainsi les besoins au plus fort de la crise.
- 3 INTÉGRATION SECTORIELLE**  
Le programme n'est pas autonome, mais cherche à être déployé parallèlement aux programmes de santé, de sécurité alimentaire et de résolution des conflits, tout en fournissant des enseignements en matière de nutrition et de santé à l'attention des accompagnants. La production locale d'ATPE constitue une autre composante du modèle. La collaboration avec d'autres secteurs contribuera à accroître la couverture et à renforcer en même temps l'ensemble des programmes impliqués. (35)
- 4 RENFORCEMENT DES CAPACITÉS**  
Dans la mesure du possible, les structures existantes des systèmes de santé sont utilisées et développées, au lieu que le modèle fonctionne parallèlement au système de santé local.

pliquait une « réorientation fondamentale de [la] manière dont les agences de secours perçoivent et répondent à la malnutrition en situation de catastrophe ». (34) Ce modèle ambulatoire décentralisé était conçu pour s'étendre ou se contracter en fonction de la demande à satisfaire ; il pouvait être déployé dans les zones difficiles d'accès et multiplier ses points de dispense de soins pour garantir une couverture géographique homogène (plutôt que de simplement privilégier les centres densément peuplés). (36) Mais le changement le plus important était sans doute pour les accompagnants eux-mêmes qui, d'observateurs passifs, devinrent des participants actifs à la réhabilitation des enfants atteints de MAS (37). Le modèle CTC fit de la prise en charge de la MAS un effort public : les communautés se chargèrent de détecter les cas de MAS et les accompagnants devinrent les principaux soignants. En redon-

nant ces responsabilités à la communauté, le modèle CTC contribua à remodeler la façon dont le traitement de la MAS était compris non seulement des ONG, mais aussi des autorités sanitaires nationales.

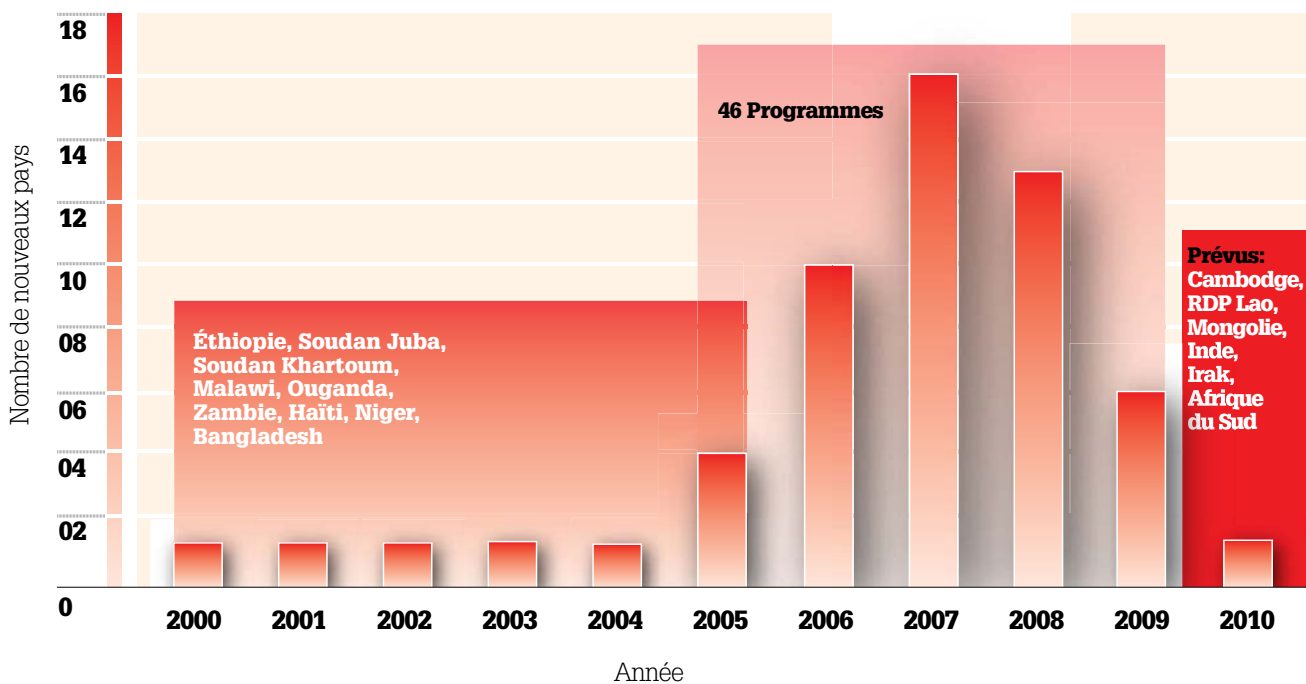
En 2007, il devint évident que la question fondamentale au sujet du traitement communautaire de la MAS était de savoir comment garantir à la fois une meilleure participation des gouvernements nationaux et la pérennité des services de soins. L'approbation officielle du modèle serait indispensable pour cela et, en 2007, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le Programme alimentaire mondial (PAM), le Comité permanent des Nations Unies sur la nutrition (UNSCN) et l'UNICEF publièrent un communiqué commun soutenant la mise en oeuvre de la (nouvellement rebaptisée) prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë (PCMA). (38) Fin 2007, le nombre de pays offrant ces services avait quadruplé par rapport à tout juste deux ans auparavant (voir la figure 2). En 2008, le Lancet

publia le premier numéro de sa série intitulée Maternal and Child Nutrition (Nutrition maternelle et infantile). Cette série attira l'attention de la communauté internationale sur la MAS, reconnaissant cette affection comme une question de santé publique majeure, responsable d'un nombre de décès d'enfants important. (39) Cette publication encouragea l'inclusion du traitement de la MAS dans le paquet d'interventions dont le mouvement SUN, l'initiative REACH des Nations Unies (41) et une analyse des coûts de mise à l'échelle de la nutrition réalisée par la Banque mondiale faisaient la promotion. (42)

En un peu plus de quatre décennies, le traitement de la MAS est passé d'un effort clinique à petite échelle à un service de santé publique qui traite plus de deux millions de cas par an à travers le monde. La taille et la quantité des services disponibles ont augmenté de façon exponentielle tout au long de cette période, mais comment la qualité des soins a-t-elle changé ou évolué ?

FIGURE 2

### Distribution du nombre de nouveaux pays mettant en oeuvre des programmes de PCMA de 2000 à 2010



# 8 Programmes mis en oeuvre par les ONG

Le traitement de la MAS a pour objectif d'obtenir de bons résultats cliniques (taux de guérison élevés et taux de mortalité et d'abandon faibles) pour une proportion plus importante de personnes atteintes de MAS (couverture élevée). Des données publiques couvrant plus de dix années sont désormais disponibles : indiquent-elles que les ONG sont parvenues à atteindre cet objectif ? Pour répondre à cette question, trois types de preuves différents sont considérés : (a) les résultats cliniques, (b) le rapport coût-efficacité et (c) la couverture.

## Résultats cliniques

Une analyse des dossiers accessibles au public <sup>2</sup>(n = 64) des programmes de traitement communautaire de la MAS mis en oeuvre entre 2000 et 2006 suggère qu'ils ont réussi à dispenser des soins de grande qualité (voir la figure 3).

### TAUX DE GUÉRISON

*Le taux médian de guérison de la MAS des programmes mis en oeuvre entre 2000 et 2006 est de 80,0 %. 68,8 % des programmes ont atteint le standard minimum du Projet SPHÈRE (> 75 %), tandis que 31,3 % de l'échantillon n'y sont pas parvenus. L'étendue des données est de 45 % (de 50,0 % à 95,0 %), ce qui atteste de la capacité du modèle à atteindre des taux de guérison élevés<sup>3</sup>.*

### TAUX D'ABANDON

*Le taux médian d'abandon est de 8,0 % pour les programmes mis en oeuvre entre 2000 et 2006, ce qui est bien inférieur au standard minimum du Projet SPHÈRE (< 15 %). 73,0 % des programmes ont atteint le standard du Projet SPHÈRE. L'étendue des données s'élève à 36,2 % (de 0,0 % à 36,2 %), avec deux dossiers qui indiquent un taux supérieur à 30,0 %. Seul un document a omis d'enregistrer un taux d'abandon (n = 63).*

### TAUX DE MORTALITÉ

*Le taux médian de mortalité des programmes mis en oeuvre entre 2000 et 2006 s'élevait à 4,1 %. Il s'agit là d'un taux inférieur au standard minimum du Projet SPHÈRE (< 10 %) et 95,3 % des programmes de cette période ont atteint ce standard. Cependant, l'étendue des données est de 14 % (de 1,0 % à 15,0 %), des taux de mortalité élevés ont donc été signalés au cours de cette période.*

Ces premiers résultats prouvent que la décentralisation du traitement de la MAS ne s'est pas faite au détriment de la qualité. Les taux médians de guérison, d'abandon et de mortalité pour cette période ont tous atteint les standards minimums du Projet SPHÈRE. Un certain nombre de programmes très performants ont enregistré des taux de guérison de 95,0 % (n = 2), des taux d'abandon de 0,0 % (n = 2) et des taux de mortalité de 1,0 % (n = 4). Ceci montre que le modèle est capable d'atteindre des résultats programmatiques optimaux. Cependant, certains taux de guérison faibles (50,0 %) et des taux élevés d'abandon et de mortalité (36,2 % et 15,0 %) suggèrent que, pour atteindre des résultats optimaux, des conditions et des pratiques spécifiques sont nécessaires.

L'efficacité des premiers programmes de traitement communautaire de la MAS était cruciale, car cela a mené à leur adoption ultérieure à plus grande échelle. Les premiers programmes ont prouvé que cette approche était sans danger. Cela a facilité le ralliement de la communauté médicale à ces approches décentralisées, ralliement qui allait s'avérer indispensable au sein des ministères de la Santé et des autres prestataires de services de santé à l'échelle nationale. Ce faisant, la satisfaction des besoins en matière de MAS allait progressivement se définir moins par les résultats cliniques et plus par la capacité à mettre le traitement à la portée du plus grand nombre de patients (voir l'encadré 1).

<sup>2</sup> Au moment de la comparaison et de l'analyse de l'ensemble des données, l'examen s'est heurté aux restrictions suivantes :

- 1 Les données des programmes ne sont pas enregistrées de façon systématique ou précise;
  - 2 Les données ne sont pas désagrégées par sexe;
  - 3 Le calcul des résultats cliniques manque de cohérence (en ce qui concerne les admissions et les sorties);
  - 4 Les indicateurs des résultats cliniques sont enregistrés de façon incohérente;
  - 5 Les transferts sont souvent inclus dans les indicateurs de résultats;
  - 6 Souvent, la taille de l'échantillon du programme n'était pas incluse de manière systématique. En conséquence : le présent examen n'a pas inclus d'analyse du taux de non-récupération, du gain de poids ou de la durée du séjour étant donné que ces renseignements n'ont pas été enregistrés de manière systématique dans les données publiées utilisées
- Les programmes mis en oeuvre au cours de la phase de recherche et de développement des CTC sont inclus. Ils ont bénéficié de ressources humaines et financières

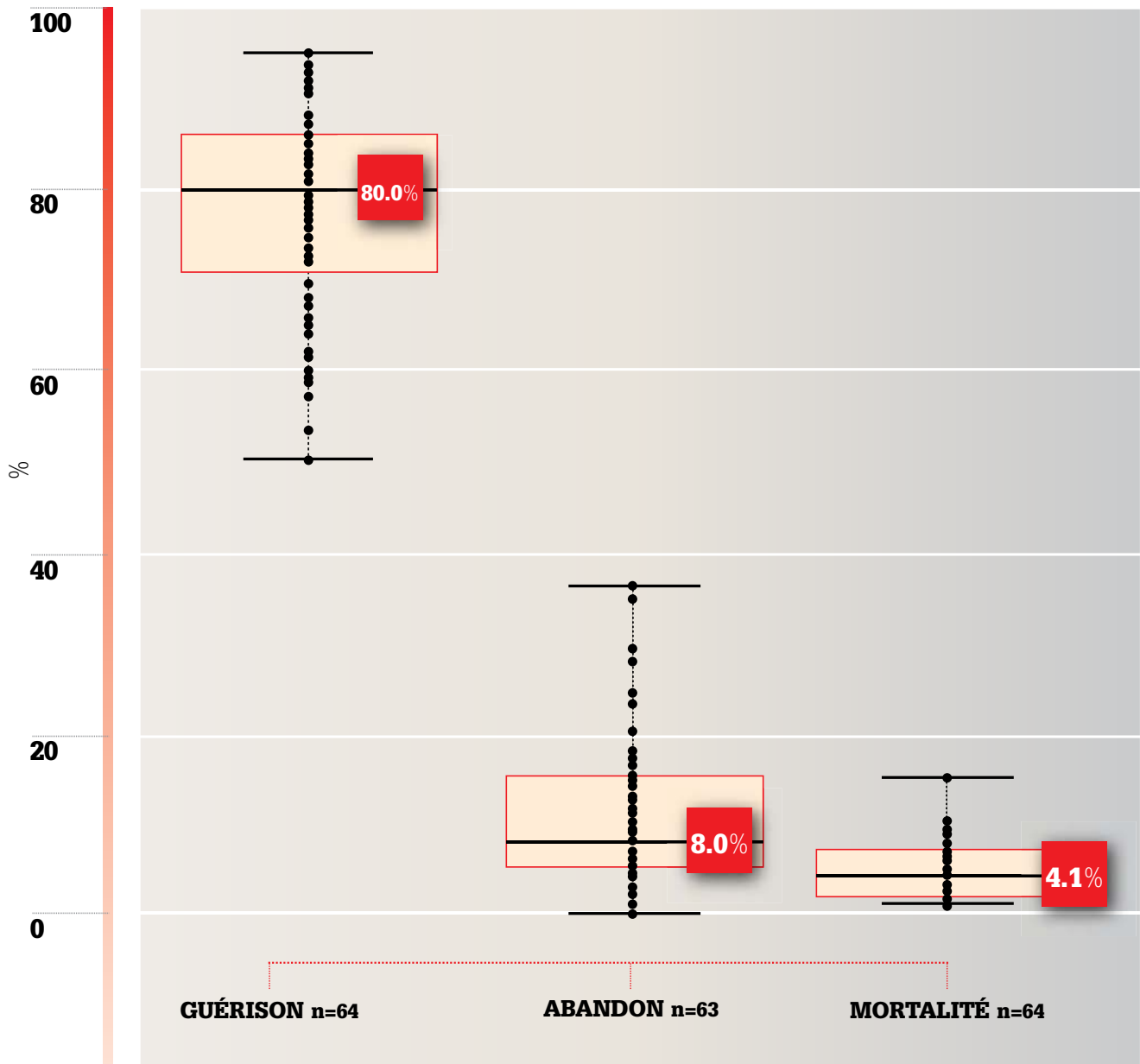
importantes dont les programmes ultérieurs n'ont pas bénéficié.

- Sur 64 programmes, 26 proviennent d'Éthiopie ou du Malawi. Ces deux pays ont reçu un soutien externe considérable au cours de la première phase de mise en oeuvre des CTC.
- Les organisations qui ont rendu leurs données accessibles au public sont susceptibles d'avoir privilégié les données indiquant le succès des programmes. Il se peut que les programmes qui n'avaient pas enregistré de bons résultats n'aient pas fait l'objet de rapports.
- Il n'a pas été tenu compte de la taille (de l'échantillon) du programme ; par conséquent, les programmes plus importants qui ont enregistré des résultats médiocres auraient un impact plus significatif que les programmes plus petits affichant de bons résultats.

<sup>3</sup> La valeur médiane est la valeur qui se situe à mi-parcours d'une distribution de fréquence de valeurs. L'étendue montre la variation entre la valeur la plus élevée et la valeur la plus basse.

FIGURE 3

Résultats cliniques 2000-2006 enregistrements multiples (n=64)



Résultats cliniques

# 10 Programmes mis en oeuvre par les ONG

## Couverture

Les standards minimums du Projet SPHÈRE concernant la couverture, élaborés au tout début du traitement communautaire de la MAS (fixés à > 50 % en milieu rural, à > 70 % en milieu urbain et à > 90 % dans les camps) (43) reflétaient les niveaux de succès escomptés en adoptant cette approche. Les programmes directement mis en oeuvre par des ONG sont-ils parvenus à atteindre une proportion importante des patients touchés par la MAS ?

Un examen des enquêtes de couverture réalisées par différentes

### ENCADRÉ 3 » Comment mesurer la couverture

**Au cours des premières années de la mise en oeuvre, l'un des objectifs clés fut de prouver la capacité des CTC à tenir la promesse d'une couverture élevée. Pour ce faire, il fallait mettre au point des méthodologies fiables d'évaluation de la couverture. Développée par Mark Myatt (Brixton Health) et Valid International, la première méthode prit le nom de Centric Systematic Area Sampling (CSAS, méthode d'échantillonnage systématique central). (44, 45) Depuis lors, et avec l'appui du Projet d'assistance technique pour la nutrition et l'alimentation (FANTA), d'autres méthodes ont été élaborées, y compris les méthodes SQUEAC (Semi-Quantitative Evaluation of Access and Coverage, évaluation semi-quantitative de l'accès et de la couverture) et SLEAC (Simplified Lot Quality Assurance Sampling Evaluation of Access and Coverage, technique simplifiée de sondage par lots appliquée à l'assurance qualité pour évaluer l'accès et la couverture). (46) Ces outils ont fourni un aperçu précieux sur la couverture des programmes de CTC ainsi que sur les barrières et les points forts (boosters) qui définissent la couverture atteinte.**

ONG entre 2001 et 2006 fournit des indications précieuses sur la couverture obtenue par les programmes de traitement communautaire de la MAS en milieu rural (n = 19) et dans les camps (n = 1). La couverture actuelle médiane globale est de 35,8 % (n = 20) avec une étendue de 72,3 % (de 6,0 % à 78,3 %). La couverture de la période médiane est de 62,6 % (n = 16) avec une étendue de 87,5 % (de 8,9 % à 96,4 %) et un programme enregistrant une couverture de la période proche de 100,0 % (voir figure 4)<sup>4</sup>.

Un tiers de ces programmes ont atteint des taux de couverture supérieurs aux standards minimums pertinents du Projet SPHÈRE. L'approche décentralisée, associée à l'identification et au dépistage réguliers, ont conféré au modèle le potentiel d'atteindre un pourcentage sans précédent de la population affectée. Par comparaison aux approches centralisées antérieures, la couverture actuelle médiane de 35,8 % représentait une amélioration remarquable. (45) Une couverture élevée assortie de bons résultats cliniques signifiait que les programmes pouvaient réellement satisfaire davantage de besoins, plus que jamais auparavant.

Les données de cette période mettent également en lumière un argument moins évident, bien que tout aussi important. Les faibles taux de couverture (6,0-7,0 %) enregistrés au cours de cette première période suggèrent que la qualité des programmes était fonction de la qualité du soutien qu'ils recevaient de la part des acteurs responsables de leur mise en oeuvre<sup>5</sup>. La décentralisation des soins a amélioré leur disponibilité, mais n'a pas permis de garantir l'accessibilité. Afin de réaliser le plein potentiel du traitement communautaire de la MAS, il était nécessaire de mener des activités spécifiques visant à améliorer et à faciliter l'accès aux soins.

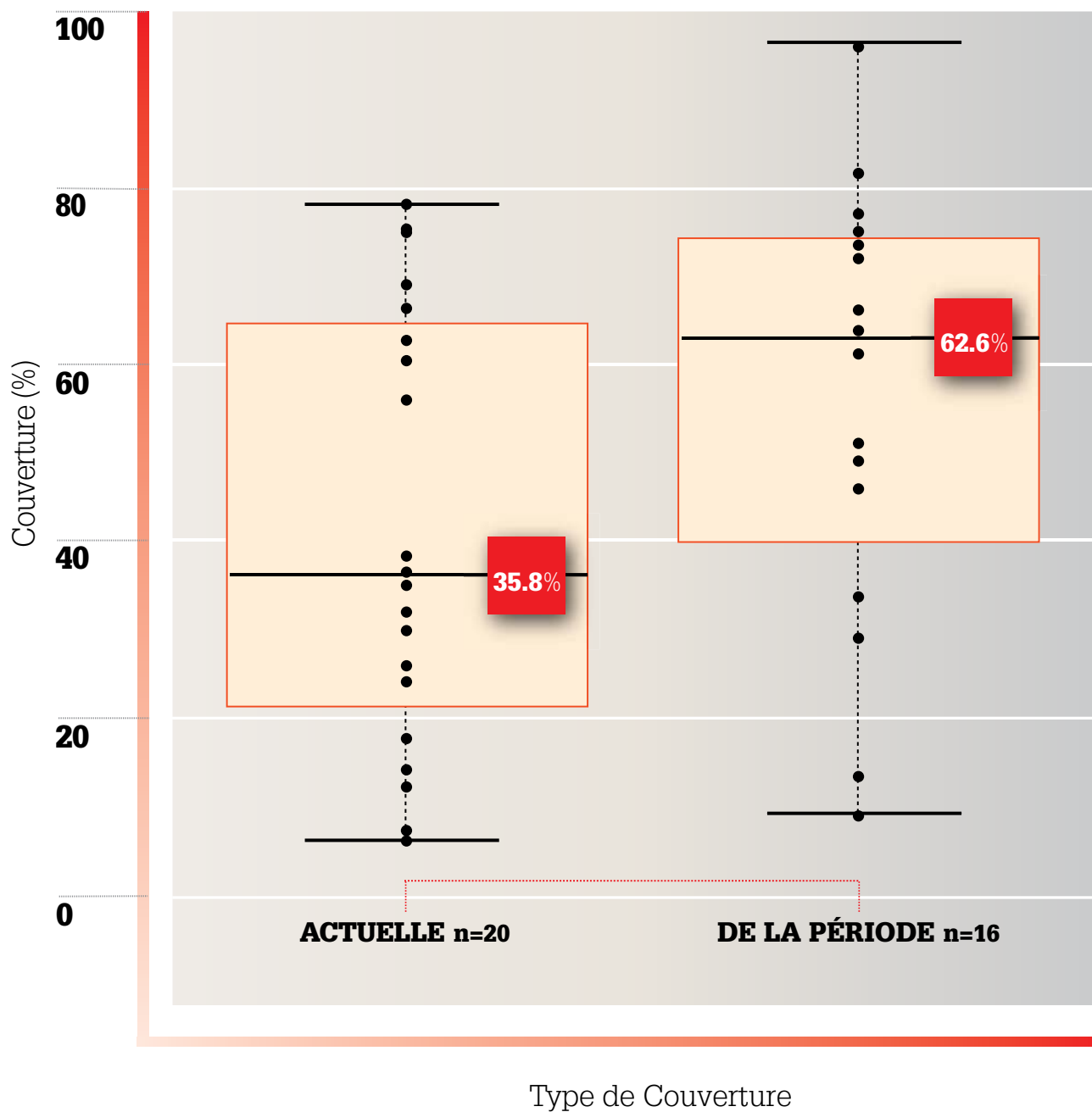
<sup>4</sup>Les enquêtes/évaluations de la couverture peuvent produire deux estimations de la couverture. La couverture actuelle se sert des cas en cours uniquement, alors que la couverture de la période se sert des cas en cours comme des patients en voie de rétablissement (c.-à-d. les enfants qui devraient être dans le programme parce qu'ils n'ont pas encore satisfait aux critères de sortie). La couverture actuelle offre « ... un aperçu de la performance du programme et met fortement l'accent sur la couverture et sur la rapidité du dépistage et du recrutement ». (46) L'estimation globale de la couverture varie en fonction de l'estimateur. Tant la couverture actuelle que la

couverture de la période sont susceptibles de pénaliser/récompenser les programmes et « ... les résultats peuvent être difficiles à interpréter en l'absence d'informations contextuelles ». (46) Les enquêtes/évaluations actuelles de la couverture sélectionnent et enregistrent

<sup>5</sup>Un examen de documents supplémentaires issus des programmes affichant des taux faibles n'a pas permis d'identifier d'autres facteurs contextuels extraordinaires qui auraient pu contribuer aux faibles taux enregistrés.

FIGURE 4

## Estimations de la couverture (2003-2006) (n=20)



## Rapport coût-efficacité

En s'éloignant d'un modèle aux capacités fixes, les CTC ont également été conçus pour offrir une prise en charge plus rentable.

Avant l'introduction du modèle de traitement communautaire de la MAS, quelques études furent menées afin d'évaluer le type d'intervention le plus rentable pour soigner la MAS, en comparant les soins dispensés à domicile avec ceux dispensés en milieu clinique. (47- 49) Ces premières évaluations, qui se sont penchées sur différents modèles de soins à domicile et qui étaient axées uniquement sur les coûts monétaires encourus par les responsables de la mise en oeuvre des modèles et par les accompagnants, conclurent en général que les soins à domicile constituaient l'option la plus rentable. (50)

Avec l'arrivée des CTC, les évaluations du rapport coût-efficacité ont commencé à fournir une analyse plus approfondie et plus utile des coûts de traitement de la MAS. Les premières comparaisons de coûts entre les TFC et les premiers programmes de CTC ont montré que le coût de la réhabilitation d'un enfant atteint de MAS dans le cadre du modèle des CTC était plus faible que dans un TFC (de 255 à 301 € par enfant dans le cadre des CTC contre 355 € par enfant en TFC<sup>6</sup>). (20) Les recherches plus approfondies qui furent conduites ultérieurement prirent également en compte les coûts indirects, en adoptant une perspective sociétale dans l'analyse rétrospective du rapport coût-efficacité. (51) L'efficacité fut mesurée en comparant les taux de guérison<sup>7</sup> inscrits sur les fiches de suivi de soins des patients, taux qui étaient très similaires pour les deux programmes (TFC : 95,36 %, CTC : 94,30 %). Les coûts institutionnels<sup>8</sup> de traitement s'élevaient à 128,58 \$ par enfant dans le cadre des CTC, soit bien moins que dans les TFC, qui atteignaient en moyenne 262,62 \$ par enfant. Des résultats similaires ont été observés lorsqu'une valeur monétaire a été attribuée aux coûts indirects ; il fut prouvé que le modèle des CTC coûtait beaucoup moins par enfant soigné, à 5,87 \$ par accompagnant, que le modèle des TFC qui

### ENCADRÉ 4

### » Difficultés rencontrées lors de la comparaison du rapport coût-efficacité des CTC et des TFC

- 1 Les CTC ont été conçus comme un modèle exhaustif à plusieurs niveaux qui comprend des éléments tels que la prise en charge hospitalière et ambulatoire des patients touchés par la MAS et par la MAM, et des activités de mobilisation communautaire. Ces éléments ont été mis en oeuvre en un seul bloc, rendant la ventilation des coûts et des investissements difficile.
- 2 L'utilisation des coûts directs comme seul indicateur de mesure manque également de reconnaître l'importance d'adopter une perspective sociétale plus large ou de tenir compte des coûts indirects (coûts d'opportunité) pour la communauté.
- 3 Les économies d'échelle réalisées dans le cadre des programmes de CTC signifient que les coûts fixes de départ sont élevés (recrutement, formation, équipement des équipes mobiles, interaction avec les communautés et mobilisation) (16), mais que l'élargissement des services ne génère que des coûts de nourriture et de médicaments. (16)

atteignait quant à lui 21,01 \$. (51)

Ces analyses ont révélé que le modèle des CTC était deux fois plus rentable que les TFC et quatre fois plus rentable pour les accompagnants. La réduction des coûts d'opportunité signifiait qu'un plus grand nombre de familles allaient pouvoir se permettre de soigner leurs enfants atteints de MAS, ces coûts étant l'un des obstacles les plus importants à l'accès aux soins. Le modèle des CTC a rendu le traitement communautaire de la MAS plus abordable au point de vue financier et donc plus accessible que le modèle précédent.

FIGURE 5

### Rapport coût-efficacité du traitement de la MAS dans le cadre d'un programme de CTC en Éthiopie.

	TFC	CTC
● Coût institutionnel par patient rétabli	\$262.62	\$128.58
● Coûts d'opportunité pour les accompagnants, par patient rétabli	\$21.01	\$5.87

Source: Tekeste A, Wondafrash M, Azene G, Deribe K. 2012 (51)

<sup>6</sup>En se fondant sur une intervention TFC autonome.

<sup>7</sup>Un patient était classé comme guéri s'il était déchargé après avoir satisfait aux critères de rapport poids-taille  $\geq 85$  % pendant deux pesées consécutives et en l'absence d'œdème pendant dix jours.

<sup>8</sup>Les coûts d'exploitation du modèle des CTC dépendent des facteurs suivants : la densité et la prévalence de la malnutrition sévère, l'infrastructure actuelle, l'accessibilité, la maturité de l'urgence et la disponibilité d'ATPE produits localement. Dans l'étude de comparaison des TFC/CTC, le coût des aliments thérapeutiques par enfant s'élevait à 42,94 \$ dans les TFC et à 55,53 \$ pour les CTC. Cependant, les

besoins totaux en aliments thérapeutiques des CTC représentaient à eux seuls 43,2 % des coûts institutionnels par enfant alors que dans le cadre des TFC, cette proportion n'était que de 16,3 %. Comme les technologies nécessaires pour produire des ATPE sont modestes, ces aliments ont été fabriqués avec succès au niveau local, et se sont avérés acceptables pour les bénéficiaires, ce qui a permis de diminuer considérablement les coûts de transport et, par conséquent, le coût total du projet. Les principaux coûts de production des ATPE étant les ingrédients, les coûts exacts dépendent donc d'un contexte particulier.



# 14 Services dispensés par les ministères de la Santé

**E**n 2007, suite à la déclaration commune de l'OMS, de l'UNICEF, du PAM et du Comité permanent des Nations Unies sur la nutrition, le traitement communautaire de la MAS (alors rebaptisé Prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë ou PCMA) a été déployé dans un certain nombre de pays. Hormis le changement de nom, les services de soins s'appuyaient sur les mêmes principes clés, à savoir la dispense de soins de qualité supérieure au plus grand nombre de patients affectés par la MAS, par le biais de la promotion d'une arrivée précoce des patients et de la prise en charge ambulatoire des cas de MAS sans complications à l'aide des ATPE. La haute performance des premiers programmes de traitement communautaire de la MAS comptait pour beaucoup dans la mise à l'échelle et dans l'intégration de ces programmes aux systèmes de santé nationaux. Ces services intégrés de traitement communautaire de la MAS ont-ils continué à enregistrer des niveaux de performance similaires?

## Résultats cliniques

Une analyse des données accessibles au public sur les programmes intégrés par les ministères de la Santé et mis en oeuvre entre 2007 et 2013 (n=23) offre des éléments de preuve qui attestent de bons résultats cliniques comparables à ceux atteints par les premiers programmes mis en oeuvre par les ONG.

### **TAUX DE GUÉRISON**

*Le taux médian de guérison des programmes intégrés par les ministères de la Santé est de 84,0 % (n=23), ce qui représente une hausse de 4 % par rapport aux programmes précédemment mis en oeuvre par les ONG (80,0 %, n=63). 78,3 % des résultats examinés atteignaient les standards minimums du Projet SPHÈRE (> 75 %), tandis que 34,8 % des résultats avaient un taux de guérison supérieur à 90 %. Cependant, l'étendue des données est importante : 48 % (de 51,0 % à 99,0 %), soit presque la même que celle des programmes précédemment mis en oeuvre par les ONG (45 %). À presque tous les égards, les services intégrés atteignent des taux de guérison qui sont équivalents ou supérieurs à ceux enregistrés par les programmes avant 2007.*

### **TAUX D'ABANDON**

*Le taux médian d'abandon est de 9 %, ce qui est similaire à celui des programmes précédemment mis en oeuvre par les ONG (8 %). 78,3 % des programmes ont atteint les standards du Projet SPHÈRE. (<15%). L'étendue des données est importante : elle s'élève à 45 % (de 0,0 % à 45 %), avec six programmes sur 23 affichant un taux d'abandon élevé, qui atteint 20 % ou plus.*

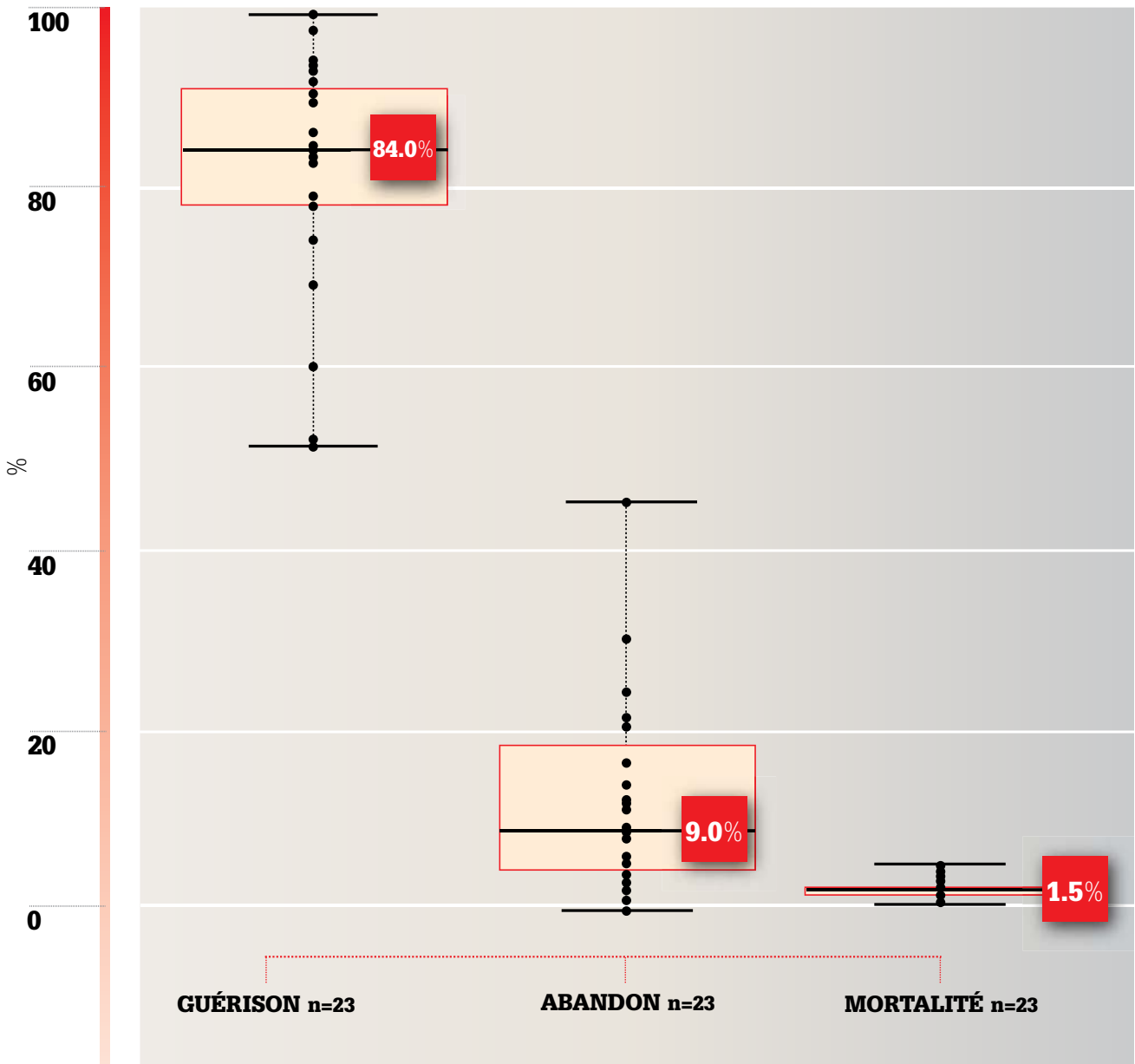
### **TAUX DE MORTALITÉ**

*Le taux médian de mortalité s'élève à 1,5 %, avec une étendue de 4 % (de 0,0% à 4,0%), soit un taux inférieur au taux médian des programmes soutenus par les ONG (4,1 %). Tous les programmes (100 %) de l'échantillon ont atteint les standards minimums du Projet SPHÈRE (<10 %) contre seulement 95,3 % des programmes précédemment mis en oeuvre par les ONG.*

Ces résultats montrent que la performance des programmes intégrés est comparable à celle des programmes précédemment mis en oeuvre par les ONG. Les taux médians de guérison et d'abandon n'affichent qu'une différence mineure, en dépit de structures et de contextes différents de prise en charge. En fait, une plus grande proportion de services intégrés a atteint les standards du Projet SPHÈRE pour ce qui est des taux de guérison (78,3 % contre 68,8 %). En outre, le taux de mortalité était nettement plus faible dans les programmes plus récents, ce qui montre l'amélioration de la performance clinique au cours des dernières années. Les services intégrés sont-ils parvenus à enregistrer ces bons résultats cliniques au profit d'un grand nombre de patients touchés par la MAS ?

FIGURE 6

## Résultats cliniques 2007-2012 (n=23)



Résultats cliniques

# 16 Services dispensés par les ministères de la Santé

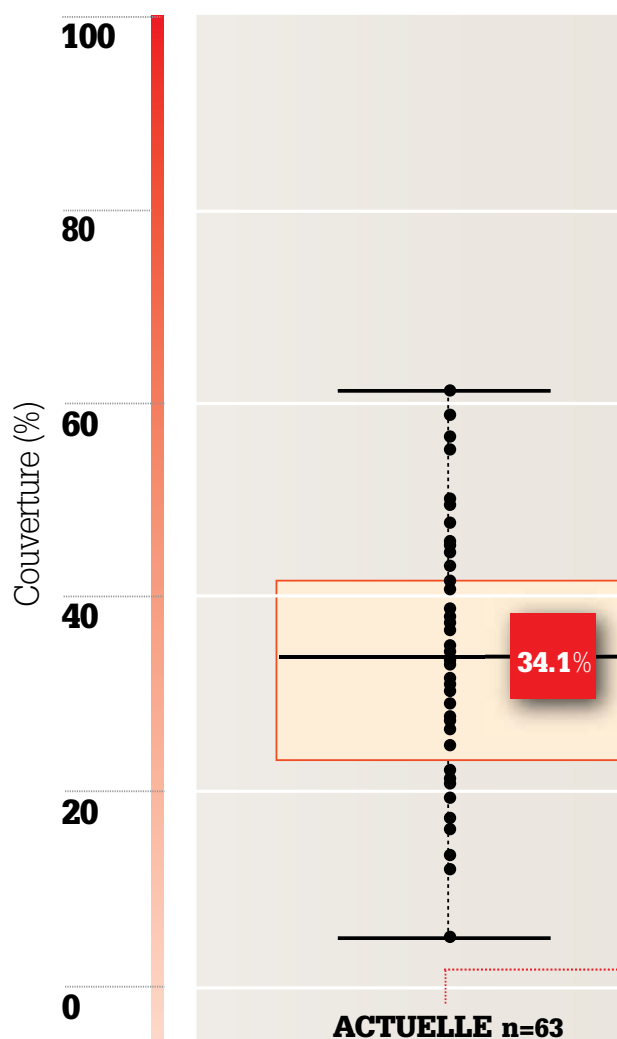
## Couverture

En 2008, l'introduction de techniques d'évaluation de la couverture faciles à utiliser a considérablement augmenté la disponibilité des données relatives à la couverture des services intégrés au sein des ministères de la Santé qui ont été mis en oeuvre au cours de cette période. Ce grand ensemble de données (n=71) – en milieu rural (n=58), en milieu urbain (n=11) et dans les camps (n=2) –, offre des aperçus précieux sur la performance des programmes. La couverture actuelle médiane pour les programmes intégrés par les ministères de la Santé est de 34,1 %, avec une étendue de 56,2 % (5,1 % - 61,3 %). La couverture de la période médiane est de 55,6 %, avec une étendue de 60,4 % (22,8 % à 83,2 %). La couverture actuelle médiane de ces programmes diffère peu de celle des programmes mis en oeuvre par des ONG (35,8 %). Les taux de couverture de la période médiane affichent également une différence mineure, les programmes mis en oeuvre par les ONG enregistrant une couverture périodique médiane de 62,6 %.

Cette analyse montre que, bien que la proportion de la population atteinte ait été considérablement supérieure à celle des modèles centralisés précédents, le traitement communautaire de la MAS n'a pas réussi à atteindre de façon constante les niveaux élevés de couverture escomptés à l'origine. **Le nombre d'« échecs en matière de couverture » varie entre les deux périodes.** 40 % des programmes mis en oeuvre par les ONG (n = 8, couverture actuelle) ont enregistré une couverture > 50 %, alors que seulement 7,9 % des programmes mis en oeuvre par les ministères de la Santé (n = 5) ont atteint le même seuil. La différence est encore accentuée quand un seuil plus élevé est utilisé (> 70 %) : seulement 15 % (n = 3) des programmes mis en oeuvre par des ONG atteignent ce seuil et, à ce jour, aucun programme mis en oeuvre par les ministères de la Santé n'a enregistré de tels niveaux de couverture. Ces résultats suggèrent que, bien que les programmes mis en oeuvre par les ministères de la Santé soient potentiellement capables d'atteindre une forte proportion de patients touchés par la MAS, les conditions opérationnelles pour ce faire sont rarement satisfaites.

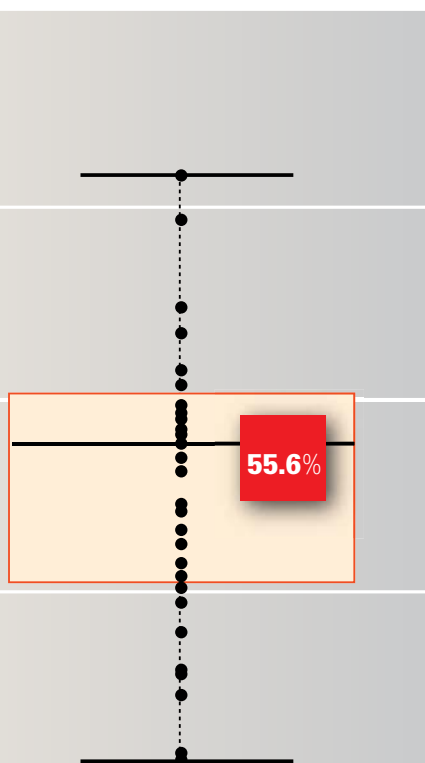
FIGURE 7

### Estimations de la couverture 2003-2006 ( )



Type de

n=20)



DE LA PÉRIODE n=36

e Couverture

## Rapport coût-efficacité

Seules deux études évaluant le rapport coût-efficacité du traitement communautaire de la MAS mis en oeuvre par les ministères de la Santé ont été publiées. Au Malawi, le rapport coût-efficacité de la mise en oeuvre de services spécifiques de MAS au sein des services de santé existants a été estimé à 42 \$ par année de vie ajustée sur l'incapacité (AVAI) évitée<sup>9</sup>, ce qui constitue une intervention très rentable selon le classement de l'OMS. (53) En Zambie, une étude similaire a également corroboré ces conclusions, indiquant le coût de chaque AVAI évitée comme s'élevant à 53 \$. (54) Ces traitements sont considérés comme rentables par rapport à d'autres interventions sanitaires prioritaires ciblant les enfants dans les pays en développement. (54,55) Il y a aussi un nombre croissant d'évaluations opérationnelles<sup>10</sup>. En 2012, l'UNICEF a entrepris deux évaluations à l'échelle nationale, une au Népal et une au Pakistan. Celles-ci comprenaient des analyses de coûts du traitement de la MAS. Au Pakistan, le coût moyen par bénéficiaire s'élevait à 145 \$ (en CNA) et à 230 \$ (en CNT) (56), alors qu'au Népal, le coût par bénéficiaire était légèrement inférieur pour un traitement en CNA, allant de 56 \$ par enfant à 125 \$ par enfant<sup>11</sup> (57), ce qui suggère que d'autres coûts ont été réduits depuis les premiers programmes de CTC (de 255 à 301 € par enfant). Comme prévu, les ATPE représentent une part importante des coûts totaux du programme. **Ces données montrent que le traitement communautaire de la MAS mis à l'échelle continue d'être une intervention rentable et peu coûteuse.**

<sup>9</sup>Ceci au titre de l'hypothèse de référence pour chaque variable. Dans le pire des cas, ce coût aurait atteint 493 \$.

<sup>10</sup>Les chiffres relatifs au coût par bénéficiaire dépendent d'un certain nombre de facteurs contextuels et les méthodes de calcul peuvent varier considérablement.

<sup>11</sup>En fonction de la variation des coûts d'équipement et du taux de MAS. Aucune donnée disponible pour les CNT.

# 18 Conclusion

Le traitement communautaire de la MAS a le potentiel de dispenser des soins d'un bon rapport coût-efficacité à une forte proportion de la population touchée par la MAS et ce, avec un bon niveau de soins. Les programmes à base communautaire peuvent enregistrer des résultats cliniques exceptionnels, qui sont comparables aux précédents programmes en TFC qui affichaient de bons résultats, avec des taux de guérison supérieurs à 90,0 % et des taux d'abandon et de mortalité proches de 0,0 %. Les taux de guérison médians (80,0 % et 84,0 %) confirment la qualité des protocoles de traitement utilisés et suggèrent que, bien que ceux-ci puissent être encore davantage optimisés, (58) leur efficacité globale n'est pas susceptible d'être facilement améliorée. Les recherches disponibles montrent que le modèle à base communautaire est efficace et que son coût par AVAI est faible, et les évaluations récentes indiquent que les services mis

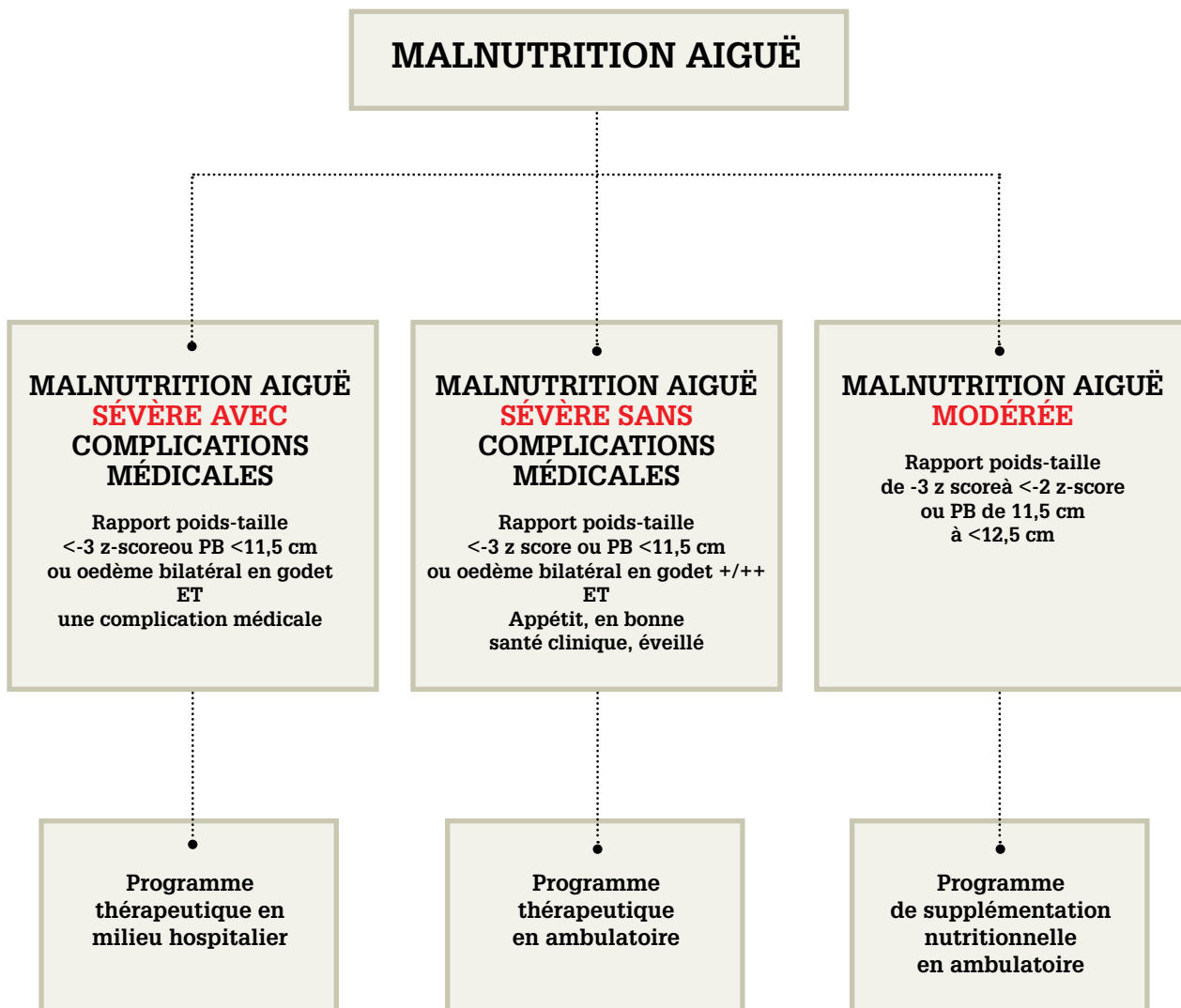
en oeuvre par les ministères de la Santé continuent d'être des interventions peu coûteuses.

Atteindre constamment un niveau optimal de couverture reste un défi. Depuis l'introduction des modèles de traitement communautaire de la MAS, seule une poignée de programmes (principalement mis en oeuvre par des ONG) ont atteint des taux de couverture élevés. Au cours des dernières années, les services dispensés par les ministères de la Santé ont affiché de grandes variations en ce qui concerne la proportion de patients qui ont pu en bénéficier et la plupart d'entre eux n'ont pas atteint les standards minimums (c.-à-d. < 50 %). Ceci suggère que l'accès (y compris l'adoption et le respect du traitement) reste un défi majeur. La rentabilité des services de traitement communautaire de la MAS et leur capacité à répondre aux besoins à l'échelle dépendent de l'amélioration systématique et considérable des niveaux de couverture.

**LE VOLUME DEUX** de la présente série en trois volets se penchera de plus près sur les questions qui affectent la couverture des services de traitement communautaire de la MAS. Ce deuxième volume rassemblera des données primaires et secondaires en provenance du monde entier pour répondre aux questions suivantes : qu'est-ce qui empêche les patients touchés par la MAS d'accéder aux services de soins et que devrait-on faire pour améliorer la couverture du traitement communautaire de la MAS ?



## Annexe 1: Mise à jour de la classification de la malnutrition pour la prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë



Source: Harmonised Training Package, 2011. (59)

## Annexe 2: Données relatives à la couverture

## Programmes soutenus par des ONG (2000-2006)

PAYS	EMPLACEMENT	ANNÉE	SETTING
<b>DRC</b>	Djugu	2006	Rural
<b>Éthiopie</b>	Kalu	2003	Rural
	Bedeno et Kurfachele	2004	Rural
	Hulla et Arbegona		Rural
	Hararghe occidentale		Rural
	Lanfaro	2005	Rural
	Wollo		Rural
	Awassa Zuria	2006	Rural
	Boricha		Rural
	Dehana		Rural
	Konso		Rural
<b>Kenya</b>	Wajir	2006	Rural
<b>Malawi</b>	Dowa	2003	Rural
	Dowa	2004	Rural
	Lilongwe	2006	Rural
	Mangochi		Rural
<b>Niger</b>	Maradi	2006	Rural
<b>Soudan du Sud</b>	Aweil O. et N.	2004	Rural
<b>Soudan</b>	Darfour occidental	2005	Camp
	Nord Kivu	2006	Rural

## Programmes soutenus par les ministères de la Santé (2007-2013)

PAYS	EMPLACEMENT	ANNÉE	SETTING	PAYS	EMPLACEMENT	ANNÉE	SETTING
<b>Afghanistan</b>	Herat	2010	Rural	<b>Kenya</b>	Turkana	2009	Rural
	Kabul	2012	Urbain		District de Turkana S.	2010	Rural
<b>Burkina Faso</b>	Kaya	2010	Urbain		Isiolo	2012	Rural
	Kaya	2010	Rural		Comté de Laikipia	2012	Rural
	Tapoa	2010	Rural		Pokot occidentale	2012	Rural
	Tapoa	2011	Rural	<b>Liberia</b>	Monrovia	2011	Urbain
	Pama	2012	Rural	<b>Mali</b>	Gao	2008	Rural
	Tapoa	2012	Rural		Gao	2011	Rural
	Yako	2013	Rural		Kayes	2013	Rural
<b>Burundi</b>	Kayanza	2007	Rural	<b>Mauritanie</b>	Guidimakha	2012	Rural
	Muyinga	2007	Rural	<b>Myanmar</b>	Maungdaw	2011	Urbain
<b>Cameroun</b>	District urbain de Maroua	2013	Urbain	<b>Népal</b>	District de Saptari	2013	Rural
<b>Tchad</b>	Kanem	2010	Rural	<b>Niger</b>	Zinder	2007	Rural
	Bahr el Gazal	2011	Rural		Tessaoua	2010	Rural
	Kanem	2011	Rural		Keita	2012	Rural
	Bahr el Gazal	2012	Rural		Keita	2013	Rural
	Kanem	2012	Rural		Maradi	2013	Rural
	Région Batha	2013	Rural	<b>Nigéria</b>	État de Gombe	2010	Rural
<b>Côte d'Ivoire</b>	Danane	2012	Rural		Fune LGA	2011	Rural
	Tonkpi	2012	Rural		Damaturu LGA	2012	Rural
	T'oulepleu	2012	Rural	<b>Pakistan</b>	Tando Mohammad	2013	Rural
<b>RDC</b>	Maniema	2007	Rural	<b>Rwanda</b>	Gisagara	2012	Rural
	Popokabaka	2012	Rural	<b>Sénégal</b>	Matam	2012	Rural
	Kisantu	2013	Rural	<b>Sierra Leone</b>	Moyamba	2012	Rural
<b>Éthiopie</b>	Durame	2007	Rural	<b>Somalie</b>	Galckayo Puntland	2012	Rural
	Zone de Kenabata	2007	Rural		Mogadiscio	2012	Urbain
	Zone de Gode	2007	Rural	<b>Soudan du Sud</b>	Comté de Tonj South	2009	Rural
	Bona Woreda	2008	Rural		Aweil Est	2011	Rural
	Dogua Temben	2011	Rural		Gogrial Ouest	2011	Rural
	Medebay Zana	2011	Rural		Twic	2011	Rural
	Tahtay Adyabo	2011	Rural		Kapoeta	2012	Rural
	Camp de Dolo	2012	Camp	<b>Soudan</b>	Darfour occidental	2012	Urbain
<b>Haïti</b>	Haut Artibonite	2011	Urbain	<b>Ouganda</b>	Lira, Oyam et Apac	2008	Camp
	Port-au-Prince	2012	Urbain		Kaabong	2011	Rural
					Moroto	2011	Rural
				<b>Zambie</b>	Lusaka	2007	Urbain
					Lusaka	2008	Urbain

### Annexe 3: Données relatives à l'efficacité par pays

#### Programmes soutenus par des ONG (2000 - 2006)

PAYS	DÉBUT DU PROGRAMME	SOURCE	
<b>Éthiopie</b>	2000	» Collins et al, 2005; Collins, 2007	
	2003		
	2004		
	2005		
<b>Kenya</b>	2006	» Tappis et al, 2012	
<b>Malawi</b>	2002	» Collins et al, 2005; Collins, 2007	
	2003		
	2004		
	2005		
	2004		» Kathumba, 2012
	2005		
<b>Niger</b>	2001	» Defoumy et al, 2006	
	2002		
	2003		
	2004		
	2005		
	2005		» Collins et al, 2005; Collins, 2007
	2005		» Tectonidis, 2006
<b>Soudan</b>	2006	» Lapidus et al, 2009	
	2003	» Walker, 2004	
	2003	» Collins et al, 2005; Collins, 2007	
2004			
2005			
<b>Soudan</b>	2001	» Collins et al, 2005; Collins, 2007	
	2002		
	2004		
	2004		» Katumwa, 2007
<b>Tanzanie</b>	2006	» Tappis et al, 2012	

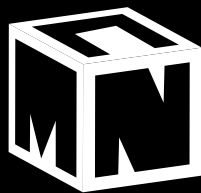
#### Programmes soutenus par les ministères de la Santé (2007-2013)

COUNTRY	PROGRAMME START	SOURCE
<b>Burkina Faso</b>	2007	» Goossens et al, 2012
	2009	
	2010	
<b>Côte d'Ivoire</b>	2009	» Schwartz and Grellety, 2010
	2009	
<b>RDC</b>	2008	» Schwartz et al, 2010
	2009	
<b>Éthiopie</b>	2007	» Tekeste et al, 2011
	2008	
	2009	
<b>Ghana</b>	2010	» Neequaye and Okwabi 2012
<b>Malawi</b>	2007	» Wilford et al, 2011
	2007	
	2008	
<b>Mauritanie</b>	2009	» Deconinck et al, 2010
<b>Sierra Leone</b>	2009	» Schwartz and Grellety, 2010
	2010	
	2010	» Koroma et al, 2012

# 22 Citations

- 1 Bhutta ZA, Das JK, Rizvi A, Gaffey MF, Walker N, Horton S, Webb P, Lartey A, Black RE, The Lancet Nutrition Interventions Review Group, et the Maternal and Child Nutrition Study Group.** Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost? *The Lancet*; publié en ligne le 6 juin. Disponible à l'adresse suivante : <http://download.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140673613609964.pdf?pid=410a13c7e856fa01:6f44046e:13f4cbafba2:76801371389219891>
- 2 [réf. UNICEF].** *Global SAM Management Update: 2012 Data Summary of Findings* (UNICEF HQ Nutrition in Emergency Unit, non publié)
- 3 Waterlow J.** *Childhood malnutrition in developing nations: Looking back and looking forward.* *Annual Review Nutrition.* 1994; 14: p. 1-19.
- 4 Waterlow J.** The rate of recovery of malnourished infants in relation to the protein and calorie levels of the diet. *The Journal of Tropical Pediatrics.* 1961; 7(1): p. 16-22.
- 5 Golden MHN.** *Oedematous malnutrition.* *British Medical Bulletin.* 1998; 54 (2): p. 433-4.
- 6 Golden M.** Protein deficiency, energy deficiency, and the oedema of malnutrition. *The Lancet.* juin 1982 ; 319(8284): p. 1261-5.
- 7 Waterlow J, C. P.** Protein-energy malnutrition. Londres 1992 Edward Arnold
- 8 Klugman J.** *Social and economic policies to prevent complex humanitarian emergencies: lessons from experience.* Document de politique. Helsinki: UNU-WIDER, Institute mondial de recherches sur les aspects économiques du développement; 1999. Rapport n° 2.
- 9 Mason JB, Hay RW, Leresche J, Peel S, Darley S.** Treatment of severe malnutrition in relief. *The Lancet.* Le 2 mars 1974 ;1(7853):332-5..
- 10 Collins S.** Changing the way we address severe malnutrition during famine. *The Lancet.* Août 2001; 358(9280): p. 498-501.
- 11 Golden MH, Briand A.** *Conference: treatment of malnutrition in refugee camps.* *The Lancet.* Août 1993; 342(8867): p. 360.
- 12 Nutriset.** [En ligne]; 2013 [cité le 15 mars 2013] Disponible à l'adresse suivante: <http://www.nutriset.fr/en/about-nutriset/nutriset-overview.html>
- 13 Golden M.** Evolution of nutritional management of acute malnutrition. *Indian Pediatrics.* Août 2010; 47(8): p. 667-78.
- 14 Organisation mondiale de la Santé.** La prise en charge de la malnutrition sévère : manuel à l'usage des médecins et autres personnels de santé à des postes d'encadrement. Genève: OMS ; 1999.
- 15 Briand A.** Management of severe malnutrition: efficacious or effective? *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition.* Mai 2001; 32(5): p. 521-2.
- 16 Sadler K.** *Community-based Therapeutic Care: treating severe acute malnutrition in sub-Saharan Africa.* 2008. Thèse de doctorat: Institute of Child Health, University College London.
- 17 Collins S, Dent N, Binns P, Bahwere P, Sadler K, Hallam A.** Management of severe acute malnutrition in children. *The Lancet.* Décembre 2006; 368(9551): p. 1992-2000.
- 18 Guerrero S, Gallagher M.** *Quantity through quality: scaling up CMAM by improving programme access.* [En ligne]; 2013 [cité le 19 janvier 2013] Disponible à l'adresse suivante : "[http://www.enonline.net/pool/files/tex/tx-44-web-\(1\).pdf](http://www.enonline.net/pool/files/tex/tx-44-web-(1).pdf)"
- 19 Briand A, Lacsala R, Prudhon C, Mounier B, Grellety Y, Golden M.** Ready-to-use therapeutic food for treatment of marasmus. *The Lancet.* Mai 1999; 353(9166): p. 1767-68.
- 20 Collins S.** Paper 48: Community-based Therapeutic Care. Humanitarian Practice Network. Novembre 2004.
- 21 Van Damme W, Boelaert M.** *Correspondence.* *The Lancet.* Janvier 2002; 359(9302): p. 260-1.
- 22 Cook R.** Is hospital the place for the treatment of malnourished children? *Journal of Tropical Pediatrics.* 1971; 17(1): p. 15-25.
- 23 Fournier AS, Mason F, Peacocke B, Prudhon C.** The management of severe malnutrition in Burundi: an NGO's perspective of the practical constraints to effective emergency and medium-term programmes. *Disasters.* Décembre 1999; 23(4): p. 343-9.
- 24 Diop eH, Dossou NI, Ndour MM, Briand A, Wade S.** Comparison of the efficacy of a solid ready to use food and a liquid, milk-based diet for the rehabilitation of severely malnourished children: a randomised trial. *The American Journal of Clinical Nutrition.* Août 2003; 78(2): p. 302-7.
- 25 Ciliberto MA, Sandige H, Ndekhla MJ, Ashorn P, Briand A, Ciliberto HM, et al.** Comparison of home-based therapy with ready-to-use therapeutic food with standard therapy in the treatment of malnourished Malawian children: a controlled, clinical effectiveness trial. *The American Journal of Clinical Nutrition.* Avril 2005; ; 81(4): p. 864-70.
- 26 Diop eH, Dossou N, Briand A, Yaya MA, Ndour MM, Wade S.** Home-based rehabilitation for severely malnourished children using locally made ready-to-use therapeutic food (RTUF). 2e Congrès mondial de Gastro-entérologie, hépatologie et nutrition pédiatriques, Paris, (France). Juillet 2004. Medimond, Monduzzi Editore (International Proceedings) pp. 101-105.
- 27 Manary MJ, Ndekhla MJ, Ashorn P, Maleta K, Briand A.** Home based therapy for severe malnutrition with ready-to-use food. *Archives of Disease in Childhood.* Juin 2004; 89(6): p. 557-561.
- 28 Vella V, Tomkins A, Ndiku J, Marshal T, Cortinovic I.** Anthropometry as a predictor for mortality among Ugandan children, allowing for socio-economic variables. *European Journal of Clinical Malnutrition.* Mars 1994; 48(3): p. 189-97.
- 29 Briand A, Garenne M, Maire B, Fontaine O, Dieng K.** Nutritional status, age and survival: the muscle mass hypothesis. *European Journal of Clinical Nutrition.* Octobre 1989; 43(10): p. 715-26.
- 30 Alam N, Wojtyniak B, Rahaman M.** Anthropometric indicators and risk of death. *American Journal of Clinical Nutrition.* Mai 1989; 49(5): p. 884-8.
- 32 Valid International.** *Community-based Therapeutic Care (CTC): A field manual;* 2006.
- 33 Collins S, Sadler K.** Outpatient care for severely malnourished children in emergency relief programmes: a retrospective cohort study. *The Lancet.* Décembre 2002; 360(9348): p. 1824-30.
- 34 Collins S.** Therapeutic feeding centres for severe malnutrition. *The Lancet.* Janvier 2002; 359(9302): p. 260.
- 35 Grobler-Tanner C, Collins S.** *Community Therapeutic Care: A new approach to managing acute malnutrition in emergencies and beyond.* Note technique. FANTA; 2004. Rapport n° 8.
- 36 Khara T, Collins S.** *Community-based Therapeutic Care. Emergency Nutrition Network;* 2004. Rapport n° 2.
- 37 Collins S, Sadler K, Dent N, Khara T, Guerrero S, Myatt M, et al.** Key issues in the success of community-based management of severe malnutrition. Note d'information technique pour consultation OMS. 2005.
- 38 L'OMS, le PAM, le Comité permanent des Nations Unies sur la nutrition et l'UNICEF.** Prise en charge communautaire de la malnutrition sévère aiguë [En ligne]; 2007 [cité le 26 avril 2013] Disponible à l'adresse suivante: [http://www.unicef.org/french/nutrition/index\\_39468.html](http://www.unicef.org/french/nutrition/index_39468.html)
- 39 Black RE, Allen LH, Bhutta ZA, Caulfield LE, de Onis M, Ezatti M, et al.** *Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences.* *The Lancet.* Janvier 2008; 371: p. 243-360.
- 40 Arnold T, Beckmann D.** Update on Scaling up Nutrition (SUN) and the '1000 Day' movements. *Field Exchange.* Août 2011; (41): p. 46.
- 41 Programme alimentaire mondial. REACH: Accelerating the scale-up of food and nutrition actions.** [En ligne; 2012 [cité le 8 mai 2013] Disponible à l'adresse suivante: <http://www.reachpartnership.org/en/home>.
- 42 Horton S, Shekar M, McDonald C, Mahal A, Krystene Brooks J.** *Scaling up nutrition: what will it cost?* Washington DC: Banque mondiale; 2010.
- 43 SPHERE.** [www.sphereproject.org](http://www.sphereproject.org). [En ligne].
- 44 Myatt M, Feleke T, Sadler K, Collins S.** (2005). A field trial of a survey method for estimating the coverage of selective feeding programmes. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé,* 83(1): p. 20-26.
- 45 Sadler K, Myatt M, Feleke T, Collins S.** (2007). A comparison of the programme coverage of two therapeutic feeding interventions implemented in neighbouring districts of Malawi. *Public health nutrition,* 10(9): p. 907-913.
- 46 Myatt M, Guevarra E, Fieschi L, Norris A, Guerrero S, Schofield L, Jones D, Emru E, Sadler K.** *Semi-Quantitative Evaluation of Access and Coverage (SQUEAC)/ Simplified Lot Quality Assurance Sampling Evaluation of Access and Coverage (SLEAC)* Référence technique. [Online]; 2012 [cité le 12 juin 2013.] Disponible à l'adresse suivante : <http://www.fantaproject.org/downloads/pdfs/SQUEAC-SLEAC-Tech-Reference-Oct2012-Intro.pdf>
- 47 Khanum S, Ashworth A, Huttly SR.** Controlled trial of three approaches to the treatment of severe malnutrition. *The Lancet.* Décembre 1994; 344(8939-40): p. 1728-32.
- 48 Ashworth A, Khanum S.** Cost-effective treatment for severely malnourished children: what is the best approach? *Health Policy and Planning.* Juin 1997; 12(2): p. 115-21.
- 49 Khanum S, Ashworth A, Huttly SR.** Growth, morbidity and mortality of children in Dhaka after treatment for severe malnutrition: a prospective study. *American Journal of Clinical Nutrition.* Mai 1998; 67(5): p. 940-5.
- 50 Ashworth A.** Efficiency and effectiveness of community-based treatment of severe malnutrition. Note d'information technique de l'OMS, 2005
- 51 Tekeste A, Wondafrash M, Azene G, Deribe K.** Cost-effectiveness of community-based and in-patient therapeutic feeding programs to treat severe acute malnutrition in Ethiopia. *Cost-effectiveness and Resource Allocation.* Mars 2012; 10(4).
- 52 UNICEF et Valid.** *International Global Mapping Review of CMAM with a focus on Severe Acute Malnutrition.* Mars 2011, New York.
- 53 Wilford R, Golden K, Walker DG.** Cost-effectiveness of community-based management of acute malnutrition in Malawi. *Health Policy and Planning.* Mars 2011; 28(2): p. 127-137.
- 54 Bachmann MO.** Cost-effectiveness of community-based therapeutic care for children with severe acute malnutrition in Zambia: decision tree model. *Cost-effectiveness and Resource Allocation.* Janvier 2009; 7(2).
- 55 Bachmann MO.** Cost-effectiveness of community-based treatment of severe acute malnutrition in children. *Expert Rev. Pharmacoeconomics Outcomes Res.* 2010; 10(5): p. 605-612.
- 56 Reed S, Kouam EC, Paracha P, Din Z, Ullah N, Saeed A, et al.** Evaluation of Community Management of Acute Malnutrition (CMAM): Pakistan country case study. Rapport d'évaluation, New York : UNICEF, Bureau de l'évaluation de l'UNICEF ; 2012.
- 57 Reed S, Kouam CE, Chhetri D, Subedi PK, Sapkota P, Sigdel U.** Evaluation of Community Management of Acute Malnutrition (CMAM): Nepal country case study. Rapport d'évaluation, New York : UNICEF, Bureau de l'évaluation de l'UNICEF ; 2012.
- 58 Cosgrove N, Earland J, James P, Rozet A, Grossiord M, Salpateur C.** Qualitative review of an alternative treatment of SAM in Myanmar. *Field Exchange.* Janvier 2012;(42): p. 7-14.
- 59 UNICEF.** *Module 6: Measuring Malnutrition: Individual Assessment, Harmonised Training Package, version 2, 2011.* [En ligne] ; 2012 [cité le 12 juin 2013] Disponible à l'adresse suivante: [http://www.unicef.org/nutritioncluster/index\\_67812.html](http://www.unicef.org/nutritioncluster/index_67812.html)





COVERAGE MONITORING NETWORK

**ACCÈS POUR TOUS**

JUIN 2013