

Rapport de Mission

EVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION AIGUË

BENIN

UNICEF WCARO
13 – 26 Février 2010

Hélène Schwartz – Yvonne Grellety
(Relecture Célestin Katumwa)



REMERCIEMENTS

Nous voudrions adresser nos sincères remerciements à la Directeur de la Santé Familiale du Ministère de la Santé et en particulier toute l'équipe du Service de Nutrition pour nous avoir facilité notre séjour au Bénin, et en particulier Dr Gbetchedji Bernard et Dr Cyriaque Gnintoungbe.

Nous tenons à adresser un remerciement particulier à toutes les personnes des Zones Sanitaires, que ce soit les médecins coordinateurs de zone ou les points focaux nutrition (Chargé de Recherche à l'Appui de la Mobilisation Sociale) et tout le personnel des structures de santé qui nous ont accompagnés durant les visites de centres et partagés les informations sur les activités de nutrition dans le département de l'Alibori.

Nous tenons à remercier très sincèrement le bureau UNICEF Bénin et notamment Anne Sophie Le Dain et Félicien Agossou Sagbadja pour leur accueil chaleureux et l'organisation de nos visites sur le terrain.

TABLES DES MATIERES

REMERCIEMENTS	2
TABLES DES MATIERES	3
ACRONYMES	4
INTRODUCTION	5
1. CONTEXTE	5
2. METHODOLOGIE	5
3. SYSTEME DE SANTE AU BENIN	6
Organisation du système de santé	6
Le service de nutrition	7
Système National d'Information et de Gestion Sanitaire (SNIGS)	7
PRISE EN CHARGE INTEGREE DE LA MALNUTRITION AIGUË (PECIMA)	7
1. FINANCEMENT DE LA PECIMA	7
2. REVISION DU PROTOCOLE NATIONAL	8
VISITE TERRAIN	9
1. Centres Nutritionnels Thérapeutiques (CNT)	10
2. Centres Nutritionnels Ambulatoires (CNA)	11
3. Mobilisation communautaire	13
CONCLUSION	13
RECOMMANDATIONS	14
ANNEXES	16
ANNEXE I – Liste des personnes rencontrées lors de la mission d'évaluation de la PECIMA	16
ANNEXE 2 – Agenda mission d'évaluation au Bénin	19

ACRONYMES

ATPE	Aliment Thérapeutique Prêt à l'Emploi
CHD	Centre Hospitalier Départemental
CNA	Centre Nutritionnel Ambulatoire
CNAN	Conseil National de l'Alimentation et de la Nutrition
CNHU	Centre National Hospitalier et Universitaire
CNT	Centre Nutritionnel Thérapeutique
CRAMS	Chargé de Recherche à l'Appui de la Mobilisation Sociale
CSA	Centre de Santé d'Arrondissement
CTC	Community-based Therapeutic Care
DDS	Direction Départementale de la Santé
DSF	Direction de la Santé Familiale
EEZ	Equipe d'Encadrement de Zone Sanitaire
F-75/F-100	Lait thérapeutique pour le traitement de la Malnutrition aiguë sévère en centre
HZ	Hôpital de Zone
Kcal	Kilocalorie
MAEP	Ministère de l'Agriculture, de l'Elevage et de la Pêche
MAS	Malnutrition Aiguë Sévère
MFSN	Ministère de la Famille et de la Solidarité Nationale
MS	Ministère de la Santé
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PB	Périmètre Brachial
PECIMA	Prise En Charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë
PECIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
RAC	Réseau Aérien de Communication
SN	Service de Nutrition
SNIGS	Système National d'Information et de Gestion Sanitaire
SSF	Service de Santé Familiale
UNICEF	Fond des Nations Unis pour l'Enfance
UVS	Unité Villageoise de Santé
ZS	Zone Sanitaire (District Sanitaire)

INTRODUCTION

La mission d'évaluation au Bénin a été coordonnée et organisée par Anne-Sophie Le Dain, nutritionniste à l'UNICEF-Cotonou et Félicien Agossou Sagbadja, nutritionniste à l'UNICEF-Parakou.

Elle a inclus la visite du Service National de Nutrition (SNN), de la section Survie UNICEF ainsi que de son représentant, la participation à la révision du protocole sur la prise en charge de la malnutrition aiguë et enfin la visite des centres de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë dans le département de l'Alibori dans les zones sanitaires de Malanville Karimama, Kandi-Gogounou-Segbana et Banikoara.

1. CONTEXTE

Le Bénin a enregistré depuis 1991 des progrès remarquables sur le plan macro-économique. Cependant, bien que certains indicateurs de développement se soient améliorés depuis le début des années 90, les progrès en direction des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) sont encore lents.

A ce titre, la situation nutritionnelle demeure préoccupante. Une enquête nationale de sécurité alimentaire et nutrition¹ réalisée fin 2008 avec l'appui du PAM et de l'UNICEF a confirmé cette tendance. Au niveau national, la prévalence de malnutrition aiguë globale, calculée avec les nouvelles normes de l'OMS-2005, était de 4,7% [IC² à 95% : 4,0 – 5,5], et celle de la malnutrition aiguë sévère se situe à 0,7% [IC à 95% : 0,5 – 1,1]. Le département de l'Atacora présentait quant-à lui la prévalence de malnutrition aiguë globale la plus élevée du pays avec 7.8% [IC à 95% : 4,8 – 12,5].

La prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë au Bénin a vu le jour en 2006, suite à une crise alimentaire ayant frappé le Niger et la zone sanitaire de Malanville-Karimama dans le Nord Est du Bénin. Cette crise a débouché sur une prise de conscience des autorités du Bénin quant-à l'importance de la prise en charge de la malnutrition aiguë. En réponse à cette crise, une première formation a été réalisée fin 2006 par la DDS du Borgou-Alibori avec l'appui technique et financier d'UNICEF qui a aboutit à l'ouverture de deux centres nutritionnels thérapeutiques au sein du service de pédiatrie de l'hôpital de zone de Malanville et du centre de santé de Karimama.

En avril-mai 2006, suite à une étude anthropométrique réalisée au niveau des trois zones sanitaires du département de l'Alibori englobant Malanville-Karimama, Banikoara et Kandi-Gogounou-Ségbana, le Service Nutrition de la DSF au niveau du Ministère de la Santé en collaboration avec la DDS, l'UNICEF et les trois zones sanitaires a pris la décision d'étendre les activités de nutrition de la zone de Malanville-Karimama aux deux autres zones sanitaires de l'Alibori. Dans le même temps, les activités de prise en charge de la malnutrition aiguë se sont agrandies dans la zone sanitaire de Malanville-Karimama, en suivant le modèle CTC.

2. METHODOLOGIE

Le Bénin a fait parti des pays où les deux équipes d'évaluateurs sont intervenus ensemble dans un but de standardiser la collecte des données avant que les deux équipes ne se séparent.

Au total, 10 CNA et 4 CNT ont été évalués.

Pour chaque centre visité, un questionnaire a été rempli.

¹ Analyse Globale de la Vulnérabilité de la Sécurité Alimentaire et de la Nutrition, Nov-Déc 2008

² Intervalle de Confiance

Au moment de la préparation de l'évaluation, il a été décidé de privilégier la qualité des données récoltées plutôt que le nombre de centres à visiter. En moyenne, l'évaluation d'un centre durait entre 1h et 2h30, en fonction du type de centre visité (CNA ou CNT).

Un questionnaire programme, destiné aux médecins coordinateurs de zone ainsi qu'aux points focaux nutrition des zones sanitaires intervenant a également été complété. Ceci a permis d'avoir une vision plus globale du fonctionnement des programmes de prise en charge de la malnutrition aiguë au Bénin.

3. SYSTEME DE SANTE AU BENIN

Organisation du système de santé

Globalement, le système de santé au Bénin est calqué sur le découpage territorial : village, arrondissement, commune, département. Il se décompose en trois niveaux :

- le niveau national ou central représenté par le Ministère de la Santé Publique avec le cabinet du Ministre et les Directions Centrales et Techniques. Son rôle est de concevoir la politique et les stratégies, définir les normes et standards, mobiliser et coordonner les ressources. La structure de soins correspondant à ce niveau est le Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU) et les espaces universitaires ;
- le niveau intermédiaire ou départemental avec la Direction Départementale de la Santé Publique comme répondant du Ministère dans le cadre de la déconcentration du pouvoir d'Etat. Il joue le rôle de facilitateur et d'assistance technique. Le Centre Hospitalier Départemental (CHD) est la structure de soins correspondant à ce niveau ;
- enfin le niveau périphérique ou opérationnel où s'exécutent les activités de soins dans le cadre ci-après : l'Unité Villageoise de Santé (UVS) qui est la porte d'entrée du système avec le secouriste et la matrone ; le Dispensaire Isolé ou la Maternité Isolée ; le Centre de Santé d'Arrondissement (CSA) qui est en réalité la formation sanitaire de premier contact du Système de Santé avec au moins un dispensaire et une maternité où les prestations sont dispensées par un personnel qualifié comme l'infirmier, la sage-femme voire le médecin au niveau du CSA Central de la Commune.

L'ensemble des formations sanitaires de la commune est organisé en Circonscription Sanitaire de la Commune (CSCOM) placée sous la direction d'un médecin chef qui assure des fonctions administratives locales.

En matière de décentralisation, c'est ce niveau périphérique qui est prioritairement touché par la réforme du Système de Santé, réforme dont l'option a été prise en 1995 et réaffirmée par le décret n° 98-300 du 20 juillet 1998 portant réorganisation de la base de la pyramide sanitaire de la République du Bénin en Zones Sanitaires.

En effet, la Zone Sanitaire est l'entité opérationnelle la plus décentralisée du Système de Santé. Elle est organisée sous la forme d'un réseau de services de santé de premier contact (qu'ils soient publics ou privés) appuyée par une formation centrale de référence, publique ou privée dénommée Hôpital de Zone. La Coordination de la Zone Sanitaire est animée par l'Équipe d'Encadrement de Zone (EEZ) ayant à sa tête un Médecin Coordinateur. La Zone Sanitaire dessert une population d'environ 200.000 habitants et couvre une ou plusieurs communes selon le cas.

La mise en œuvre de la réforme comporte un objectif primordial, celui de garantir une meilleure accessibilité de la grande majorité de la population aux services de soins de qualité.

L'Hôpital de Zone (HZ) est la formation sanitaire la plus importante de la Zone. Il est relié aux autres formations sanitaires de premier contact par un Réseau Aérien de Communication (RAC) ou un réseau téléphonique.

Le service de nutrition

Au Bénin, la nutrition est gérée par trois Ministères : le Ministère de la Santé, le Ministère de l'Agriculture de l'Élevage et de la Pêche (MAEP) et le Ministère de la Famille et de la Solidarité Nationale (MFSN).

Le Comité National de l'Alimentation et de la Nutrition (CNAN) (Décret de 1994, Ministère de l'Agriculture) a été jusqu'à récemment la structure de coordination nationale pour l'Alimentation et la Nutrition sous le leadership du Ministère de l'Agriculture. Afin de remplacer la coordination des activités pour la nutrition un Décret (abrogeant le Décret de 1994), introduit en Conseil des Ministres par six Ministres (Agriculture, Santé, Famille, Décentralisation, Finances et Développement) et adopté par le Chef de l'Etat le 29 avril 2009 marque la création de la nouvelle structure de coordination appelée le Conseil National de l'Alimentation et de la Nutrition (CAN). Ce dernier devrait permettre la mise en œuvre d'un processus de réformes du secteur de la nutrition en vue d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le Développement. En 2009, un Plan Stratégique d'Alimentation et de Nutrition a été validé ainsi qu'un Programme d'alimentation et de Nutrition à base communautaire. Il souligne l'importance de la prise en charge des enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère tout en appuyant le renforcement des interventions visant à prévenir durablement la malnutrition dès le plus jeune âge. L'UNICEF a été identifié comme un partenaire clé pour appuyer le gouvernement dans ce processus ainsi que dans le renforcement de la coordination des acteurs de la nutrition (partenaires gouvernementaux et Partenaires Techniques et Financiers).

Système National d'Information et de Gestion Sanitaire (SNIGS)

Le Système National d'Information et de Gestion Sanitaire a été mis en place au Bénin en 1990. Il a pour objectif de permettre, d'une part de contribuer à la définition de la politique nationale de santé et d'assurer le suivi de sa mise en œuvre au niveau central, et d'autre part de disposer d'informations fiables et pertinentes nécessaires à la planification, la mise en œuvre, la gestion, le suivi et l'évaluation des activités sanitaires aux niveaux périphérique et intermédiaire. Il produit des statistiques régulières sous forme d'annuaire et de bulletin trimestriel d'information destinés aux formations sanitaires.

Cependant, les indicateurs clés de la PECIMA ne figurent pas encore dans le SNIGS.

PRISE EN CHARGE INTEGREE DE LA MALNUTRITION AIGUË (PECIMA)

1. FINANCEMENT DE LA PECIMA

Le Service National de Nutrition, responsable de la prise en charge de la malnutrition aiguë, est une structure qui bénéficie de peu de ressources techniques et financières, et qui a un faible pouvoir décisionnel de par son ancrage institutionnel (Direction de la Santé Familiale/Ministère de la Santé).

C'est pourquoi l'UNICEF, principal partenaire du Ministère de la Santé pour la nutrition, participe activement aux activités de prise en charge de la malnutrition aiguë par son appui soutenu tant au niveau technique et que financier.

A titre d'exemple, les primes données par l'UNICEF au personnel soignant des centres de santé et relais communautaires dans le département de l'Alibori sont détaillées dans le tableau ci-dessous :

TABLEAU I : Montant des primes données par l'UNICEF aux agents de santé pour la PECIMA

9000 francs / sortie (soit 72.000 francs CFA/mois)	→ Médecin coordinateur de zone
3500 francs / sortie (soit 28.000 francs CFA/mois)	→ Infirmier Diplômé d'Etat
2500 francs / sortie (soit 20.000 francs CFA/mois)	→ Infirmier Breveté
500 francs / sortie (soit 8000 francs CFA/mois)	→ Relai communautaire

Ce système de primes, qui permet une supervision et une prise en charge de qualité sur le terrain pose un certain nombre de problèmes. Tout d'abord, une demande d'allocation de ces primes doit être adressée à l'UNICEF par les zones sanitaires tous les trois mois. En fonction de la date de la requête et du temps de réaction de l'UNICEF, des ruptures de financement sur des périodes plus ou moins longues peuvent avoir lieu, ce qui a pour conséquence un arrêt total des activités de prise en charge. Ce système de financement nuit au programme de PECIMA, avec comme conséquence directe, l'arrêt net de toutes les activités allant du dépistage communautaire aux soins dispensés par les centres de santé.

Ceci démotive le personnel soignant des Centres de Nutrition Ambulatoire (CNA), qui se voient obliger d'arrêter ses sorties programmées dans le cadre de la stratégie avancée. Beaucoup d'agents de santé des CNT se plaignent aussi des primes supplémentaires perçues par les agents des centres de santé (lors des activités en stratégie avancée). Il faut noter qu'au niveau des CNT, le Médecin Chef Service de Pédiatrie ou le Médecin Chef de Centre de Santé et deux infirmiers (non nommés) reçoivent des motivations au même titre que le personnel CNA pour l'appui technique périodique (supervision formative) du CNT vers les CNA qui l'entourent. Il faut en outre préciser qu'il a été noté que (i) l'UNICEF a lancé les activités de PECIMA en 2005-2006 avec des fonds de réponse à l'urgence (ii) pendant cette période, la couverture de recrutement, de prise en charge et de suivi régulier des enfants souffrant de malnutrition aiguë était pratiquement nulle malgré la formation des agents sur le CTC et (iii) cette assistance financière de UNICEF aux ZS est dans un processus de désengagement progressif par réduction du nombre de sorties appuyées pour le suivi et la supervision réguliers.

L'originalité de la PECIMA au Bénin est de l'avoir systématiquement intégrée aux programmes de stratégie avancée des centres de santé, en instituant une sortie hebdomadaire et non mensuelle, pour améliorer le suivi régulier des enfants sévèrement malnutris ; c'est dans ce cadre que chaque centre s'est vu attribué une moto et carburant pour la mise en œuvre de la PECIMA.

2. REVISION DU PROTOCOLE NATIONAL

En Avril 2007, avec l'appui de l'UNICEF, le Bénin (UNICEF et gouvernement) a participé à une formation des formateurs sur la prise en charge de la malnutrition aiguë à N'Djaména au Tchad. Une première ébauche du protocole national de prise en charge de la malnutrition aiguë a vu le jour en juin 2007.

Courant juillet 2007, un atelier d'orientation stratégique pour les trois zones sanitaires de l'Alibori a été organisé afin de définir les étapes clés de la mise en œuvre de la prise en charge

de la malnutrition à l'échelle départementale. Suite à cet atelier, le programme PECIMA a été mis en place dans les deux autres zones sanitaires de l'Alibori (Kandi-Gogounou-Ségbana et Banikoara).

En octobre 2007, un atelier national de formation des formateurs sur la prise en charge de la malnutrition aiguë suivi d'une réunion de consensus sur l'élaboration du protocole national a été organisé par le Ministère de la Santé avec l'appui de l'UNICEF et d'experts internationaux. Le protocole national a alors été validé mais n'a pas été disséminé. Les zones sanitaires de l'Alibori ont cependant poursuivi les activités de prise en charge avec l'appui de l'UNICEF dans toutes les formations sanitaires et villages de ce département. C'est ainsi que fin novembre 2008, le Service de Nutrition de la Direction de la Santé Familiale, représenté par le chef du Service de Nutrition et accompagné de l'UNICEF, partenaire principal de l'initiative, a effectué une visite des sites pilotes de prise en charge de la malnutrition aiguë dans l'Alibori. Cette mission a permis de renforcer le plaidoyer pour un engagement du gouvernement du Bénin dans les activités de prise en charge des enfants malnutris.

Du 25 au 27 février 2010, un atelier de révision du protocole national et des outils de suivi, auquel a participé l'équipe d'évaluateurs, a été organisé afin d'inclure les dernières normes OMS²⁰⁰⁶ ainsi que l'expérience pilote de prise en charge dans l'Alibori. Au cours de cet atelier, un plan d'action a été élaboré et prévoit la validation et dissémination du document dans tout le pays dans les prochains mois. Celui-ci devrait permettre au Bénin de poursuivre son plan d'action dans les régions de l'Atacora et du Borgou et par la suite de pouvoir passer progressivement à l'échelle nationale.

VISITE TERRAIN

Au total, 4 CNT et 10 CNA ont été évalués et des bénéficiaires du programme de PECIMA ont été rencontrés dans 4 communautés différentes.

Les médecins directeurs des zones sanitaires de l'Alibori ont également fait partis des personnes interrogées afin de comprendre le programme de PECIMA dans son ensemble.

Le tableau ci-dessous rassemble quelques informations sur la PECIMA par zone sanitaire.

TABLEAU II – Nombre de structures sanitaires par zone sanitaire de la région de l'Alibori, février 2010

	Nombre d'habitants (2010)	Nombre de Centre de santé	Nombre de CNA	Nombre de CNT existants et visités	Nombre de CNA visités
Zone sanitaire de Malanville-Karimama	180.000	15	15	2	5
Zone sanitaire de Kandi-Gogounou-Ségbana	295.467	30	26	1	3
Zone sanitaire de Banikoara	194.000	13	13	1	2
Total pour la région de l'Alibori	669.467	58	54	4	10

Contraintes et difficultés

La majorité des centres visités (9 sur les 10 CNA et 2 sur les 4 CNT visités) n'avait pas de bénéficiaire en charge. Deux raisons principales nous ont été données à ce sujet :

- De février à juillet 2009, une grève d'ampleur nationale touchant tous les secteurs du Ministère de la Santé a drastiquement entravé la prise en charge des malades dans les hôpitaux et centres de santé du pays.
- La fin de la période de financements trimestriels alloués par UNICEF afin de motiver les médecins, les agents de santé et les relais communautaires pour la PECIMA (les derniers fonds alloués se sont finis fin octobre 2009)

Quelle qu'en soit la raison, il s'avère que le dépistage ainsi que la prise en charge des enfants malnutris sévères se soient arrêtés à partir de décembre 2009 pour la majorité des CNA visités.

Notre analyse a du ainsi se baser uniquement sur les fiches de suivi des enfants déchargés et les dires du personnel soignant.

1. Centres Nutritionnels Thérapeutiques (CNT)

Les quatre CNT visités fonctionnaient relativement bien. Aucun problème majeur n'a été relevé. Le personnel était bien formé à l'exception du CNT de Kandi où le changement récent de personnel qualifié à la prise en charge des malnutris sévères a fortement perturbé le suivi de ces enfants au sein du service de pédiatrie. Ce problème est récurrent et le restera tant que le protocole de la PECIMA ne sera pas introduit dans les curricula des facultés de médecine, des écoles de santé d'aides-soignants et d'infirmiers.

Le système actuel oblige le personnel soignant non formé (médecins et infirmiers notamment) soit à s'auto-former à l'aide du protocole de prise en charge de la MAS – formation qui reste très illusoire et superficielle – soit à se former dans la pratique, en suivant les conseils des superviseurs lors des visites de supervisions (médecin coordinateur de zone, médecin pédiatre référant pour la PECIMA dans le département de l'Alibori, UNICEF), ce qui risque de prendre un certain temps avant que le personnel soit entièrement opérationnel.

Le dépistage systématique de la Malnutrition Aiguë Sévère (MAS) chez les enfants de moins de 5 ans était effectif lors des consultations externes dans deux structures sur les quatre visités. Cette démarche de dépistage au sein d'un hôpital est très importante car d'une part elle permet le tri des enfants MAS, d'autre part, elle évite ainsi les diagnostics et traitements médicaux non adaptés à leurs conditions (voir la section « complications » dans le protocole national).

Le matériel anthropométrique, que ce soient les toises, balances de 25kg ou brassards du périmètre brachial, est présent et en bon état dans tous les CNT. Cependant une formation de recyclage sur la prise correcte des mesures anthropométriques nécessiterait d'être organisée. Dans les quatre structures visitées, tous les enfants étaient mesurés couchés, quels que soient leurs tailles ou leurs âges.

Les bassines utilisées pour peser les enfants, beaucoup plus pratiques et hygiéniques que les culottes de pesées, étaient accrochées trop haut ; ceci doit être rectifié afin de prévenir les chutes accidentelles.

La rupture fréquente des médicaments inclus dans le traitement systématique entrave le rétablissement rapide des enfants pris en charge. Le traitement médical, autant que le traitement nutritionnel est un facteur clé pour la guérison des enfants malnutris sévères. Il serait illusoire de penser pouvoir les dissocier sans provoquer une altération de la prise en charge en générale.

Si le système de transfert d'une structure à une autre fonctionne bien, le système de contre-référence est à revoir. Dans la majorité des cas, le personnel du CNT qui réfèrent des enfants vers un CNA n'ont pas connaissance du devenir de l'enfant référé vers un CNA à la sortie du CNT – s'il a été pris en charge au niveau du CNA ou s'il a abandonné le programme. Ceci pose un problème pour l'analyse des données mensuelles, car si l'enfant abandonne le programme durant le transfert, il ne sera ni enregistré au CNT, ni au CNA.

Un accord entre le service de nutrition et UNICEF devrait permettre de décider du devenir des produits thérapeutiques périmés dans les entrepôts des CNT. Pour éviter toutes confusions,

ceux-ci doivent être entreposés dans un endroit séparé du stock du CNT/pédiatrie et détruits le plus rapidement possible.

2. Centres Nutritionnels Ambulatoires (CNA)

Comme nous l'avons précisé plus haut, les CNA visités avaient arrêté de fonctionner lors de notre visite et notre évaluation n'est basée que sur la revue des fiches de suivi et les entretiens avec l'infirmier en charge.

Les CNA ne présentaient pas de problèmes de fonctionnement majeurs, à l'exception d'un centre, qui faisait face à des problèmes de ressources humaines³.

Le protocole de prise en charge est globalement bien connu du personnel soignant bien que souvent non disponible au sein du centre de santé. Pourtant, il est l'outil de base, indispensable à la prise en charge de la malnutrition sévère, d'autant plus que rares sont les centres ayant des posters résumant les points importants du protocole. Outil de référence en cas de doute, que ce soit pour la prise en charge médicale ou nutritionnelle, il est important que le personnel de santé apprenne à s'en servir et que ce document soit attrayant et simple d'utilisation. Certains outils/posters sur la conduite à tenir peuvent être conçus dans le but de simplifier la prise en charge, mais il faut veiller à bien les concevoir, les tester avant utilisation et à ne pas les démultiplier.

La procédure de dépistage de la malnutrition sévère a été intégrée au système de PCIME et se fait systématiquement dans la plupart des centres de santé. Cependant les registres PCIME n'ont pas été totalement adaptés : il manque des colonnes pour noter le poids, la taille et la mesure du périmètre brachial pour chaque enfant se présentant au centre de santé. Un bon nombre de centres ont prit l'initiative de le noter dans un coin du registre PECIME.

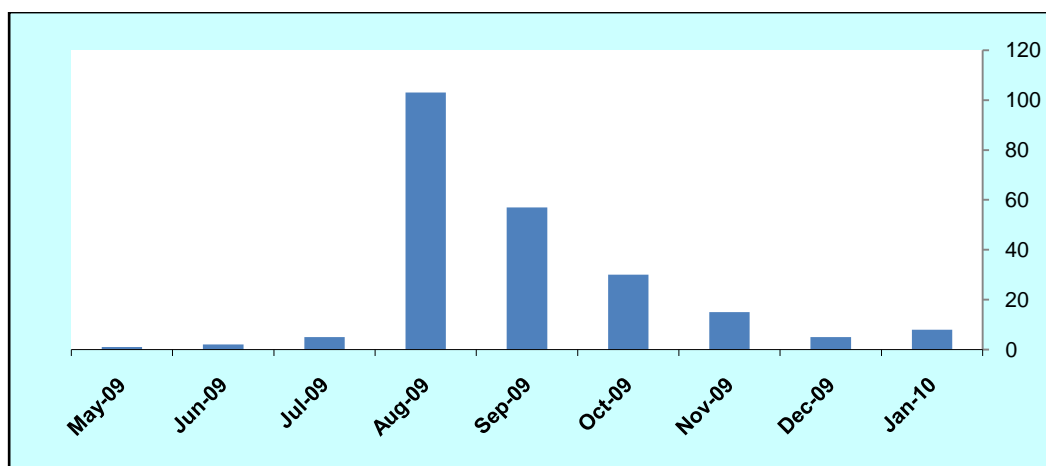
Le Bénin est le seul pays où nous avons pu nous rendre compte de l'intégration de la PECIMA dans le système de PECIME au cours de notre évaluation. Cette initiative va permettre de rendre le dépistage systématique de la MAS obligatoire, atout majeur pour la PECIMA.

Suite à cette intégration dans le système de la PECIME, le Bénin a également expérimenté la prise en charge des bénéficiaires en stratégie avancée, c'est-à-dire une prise en charge au niveau de la communauté des bénéficiaires habitant à plus de cinq kilomètres du centre de santé. L'infirmier du centre de santé aidé par un de ses collègues se rend une fois par semaine dans les villages les plus éloignés et organise une prise en charge de la malnutrition aiguë sévère avec distribution d'ATPE, en plus des soins dispensés régulièrement.

Des données présentées au cours de notre mission ont été saisies et analysées. La figure 1 nous donne une idée du nombre de malnutris sévères admis dans les centres que nous avons visité, soit au total 251 enfants, 25 enfants ayant bénéficié de la prise en charge avant mai 2009.

³ Centre de Gbeniki

Figure 1 : Admissions de Malnutris sévères, Alibori, Bénin ; source : données récoltées en février 2010



Une analyse des indicateurs de performance, le gain de poids moyen et la durée de séjour moyenne des enfants guéris est présentée dans le tableau 3.

TABLEAU III : Indicateurs de performance, CNA et CNT de Banikoara, Garou, Guéné, Karimama, Kandi, Malanville, Sam, Sonsoro, février 2010

Type de centres	Type de sortie	Indicateurs	n
CNA (N : 217)	Guéris	86 %	187
	Décédés	1,5 %	3
	Abandons	6,5 %	14
	Transferts vers CNI (3/8 : incertitude de leur arrivée effective au CNT)	3,7 %	8
	Transfert vers autre CNA	0,5 %	1
	Sortis prématurément	1,8 %	4
	Gains de poids des guéris	10,5g/kg/jour	187
	Durée de séjour des guéris	41 jrs	187
CNT (N : 34)	Guéris	12%	4
	Transfert vers CNA	62%	21
	Décédés	12%	4
	Abandons	8%	2
	Transferts Médical	2%	1
	Gains de poids des guéris	14,2g/kg/jour	4
	Durée de séjour	107jrs	4

Le gain de poids moyen des enfants guéris en CNA est de 10,5g/kg/j soit environ deux à trois fois plus qu'en Sierra Léone, avec une durée moyenne de séjour courte (41 jours). Sachant qu'en théorie, avec 170kcal/kg/jour (kcal apporté par la dose journalière de plumpy nut), un enfant devrait gagner 14g/kg/jour, on peut supposer avec une telle valeur de gain de poids moyen, que la ration hebdomadaire d'ATPE n'est quasiment pas partagée au sein de la fratrie, ce qui est plutôt remarquable.

De plus, ce gain de poids moyen élevé est d'autant plus surprenant que toutes les conditions pour une prise en charge optimale n'étaient pas forcément réunies, la rupture de médicaments inclus dans le traitement systématique étant fréquente. L'organisation de la stratégie avancée couplée avec les autres programmes de santé à visée communautaire, semblerait jouer un rôle essentiel dans le suivi de ces enfants.

Sur les quatre décès en CNT, deux étaient des enfants présentant des œdèmes de malnutrition ; les trois décès en CNA étaient survenus chez des enfants marasmiques ; souvent le personnel soignant se confrontait à des refus de transfert vers les CNT mais ceci n'est pas toujours notifié sur la fiche de suivi, celle-ci ne contenant aucune information médicale.

En effet, lors de notre visite, les outils de suivi (fiche de suivi individuelle, fiche de transfert, trame des rapports mensuels) n'étaient pas des plus appropriés pour un suivi correct. La fiche de suivi individuelle avait besoin d'être complétée avec notamment une partie pour l'examen médical hebdomadaire de chaque enfant. Le matériel anthropométrique était présent et en bon état dans tous les centres de santé et le poids des enfants étaient enregistrés de façon hebdomadaire sur leur fiche de suivi.

Sur les fiches de transfert, le poids minimum de l'enfant dans la structure (avant transfert) ainsi que la date du poids minimum manquait pour pouvoir calculer le gain de poids de l'enfant une fois celui-ci déchargé guéri du programme.

Tous ces outils ont été revus lors de l'atelier de révision du protocole national de PECIMA organisé en février 2010.

Un dernier point mérite d'être soulevé quant-à la tenue des stocks et des fiches de stock. Dans l'ensemble, les stocks d'ATPE et médicaments sont bien tenus mais les fiches de stock sont rarement présentes ou correctement remplies. La gestion des stocks est partagée entre la zone sanitaire et les centres de santé ce qui rend le suivi des intrants très difficile, les fiches de stock des centres de santé ne correspondant pas forcément à ce qui se trouve physiquement dans le stock du centre, une partie des intrants étant également stockée dans le stock au niveau de la zone sanitaire.

3. Mobilisation communautaire

Le volet communautaire de la prise en charge est particulièrement développé au Bénin. Plus de 1000 relais communautaires ont été formés entre 2007 et 2008 et représentent le véritable lien entre les familles et le système de santé avec les maires et les leaders communautaires, faisant bien entendu partis du processus de mobilisation.

De nombreuses activités de sensibilisation de la communauté ont été mises en place, parmi elles, les visites à domicile, les démonstrations culinaires, le dépistage, les séances d'Information, Education et Communication (IEC).

L'inconvénient du système actuel est qu'il n'est pas pérenne. Les relais communautaires reçoivent des primes de l'UNICEF pour leurs activités de sensibilisation et de dépistage, qui une fois stoppées risquent de nuire fortement au bon déroulement des activités.

CONCLUSION

Le Bénin est en bonne voie de voir son protocole mis à jour appliqué et diffusé ; mais le rôle de l'UNICEF, de l'OMS et autres partenaires internationaux tant au niveau technique que financier apparaît capital pour la réussite de ce programme.

La forte implication des professeurs en pédiatrie de Cotonou, des médecins coordinateurs des zones sanitaires, des médecins chef de zone et des CRAMS montre que l'intégration de la prise en charge de la malnutrition dans le système de santé est une priorité pour tous ces acteurs. Leur souci est de contribuer à sa pérennisation et d'en faciliter sa mise en œuvre.

L'expérience pilote de l'Alibori a été le point de départ qui a permis de sensibiliser les autorités à la nécessité d'une prise en charge. Son point fort est d'avoir expérimenté une stratégie avancée hebdomadaire des enfants malnutris sévères en ambulatoire et d'avoir ainsi mis en œuvre une prise en charge de qualité. Cette expérience mérite d'être capitalisée et diffusée puis passée à l'échelle.

RECOMMANDATIONS

Plan d'action :

- Mettre en œuvre le plan d'action élaboré en plénière lors de la révision du protocole national (février 2010) en reprenant la même organisation de base au niveau des zones sanitaires que celle mise en œuvre dans l'Alibori, en ayant un point focal nutrition en charge du flux des intrants, de la supervision formative et de la collecte des rapports mensuels ;
- Revoir les financements dans une perspective à long terme, afin d'éviter des ruptures fréquentes qui nuisent énormément à la PECIMA ;
- Assurer un passage à l'échelle progressif où le contrôle qualité est assuré par des évaluations formatives régulières tant au niveau du bureau central que des zones sanitaires.

Intégration :

- Assurer le suivi au niveau national de la révision de la Prise En Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PECIME) et de ses outils afin d'intégrer le dépistage de la malnutrition aiguë dans la PECIME communautaire et clinique ; le suivi des Malnutris Aiguë Sévère sans complications doit se faire sur les fiches de suivi appropriées selon le protocole de la Prise En Charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë (PECIMA) ;
- Intégrer le dépistage de la PECIMA et les rapports mensuels révisés de la PEC de la Malnutrition Aiguë Sévère dans le Système National d'Information et de Gestions Sanitaires (SNIGS) afin de favoriser son intégration dans les centres de santé et hôpitaux et d'établir une surveillance au niveau nationale ; l'exemple de la Mauritanie devrait être partagé.

Formation :

- Intégrer le protocole révisé dans les curricula des différentes formations (universités, écoles d'infirmières, sages-femmes, institut de santé publique) ;
- Mettre en œuvre des modules de formation adaptés aux différents niveaux.

Matériel et outils :

- Distribuer une version du protocole révisé de la PECIMA le plus rapidement possible dans tous les CNA et CNT fonctionnels ;
- Former les agents à l'utilisation des nouveaux outils révisés ;
- Revoir la prise des mesures selon les nouvelles normes et réviser la pesée et la prise de la taille des enfants (cuvettes – balance salter /uniscale, taille debout / couchée).

Ressources humaines :

- Coordonner au niveau national puis par zone sanitaire la stratégie de mobilisation communautaires et le rôle des relais communautaires pour les programmes de santé et nutrition à visée communautaire (PECIME, PECIMA, etc) ;
- Revoir la politique globale au niveau des agents des centres de santé, infirmiers des CNT et médecin afin que la PECIMA soit incluses dans la description des tâches ;

- Sensibiliser les directeurs d'hôpitaux aux problèmes de rotation du personnel dans la prise en charge des malnutris sévères avec complications et sur l'importance de la formation continue du personnel (notamment salle d'urgence et consultation externe).

Stock/produits thérapeutiques/médicaments systématiques :

- Organiser la destruction des produits thérapeutiques périmés (lait F-75/F-100 et ATPE) ;
- Revoir le système de gestion des stocks à tous les niveaux (départemental, zones sanitaires, CNT/CNA) ;

ANNEXES

ANNEXE I – Liste des personnes rencontrées lors de la mission d'évaluation de la PECIMA

No.	Nom de famille et prénoms	Qualification	Organisation	Poste	Contact (email/tél)
1	Dr. René Daraté	Médecin Gynécologue Obstétricien	MdS	Directeur de la Santé Familiale	(229) 21332021 / 21332182 rmadopa@yahoo.fr
2	Dr. Gbetchedji Bernard	Médecin	MdS	Chef Service Nutrition SN/DSF/MS	90921682 / (229) 21332021 gbernard@yahoo.fr
3	Dr. Gnintoungbe Cyriaque	Médecin épidémiologiste / nutritionniste	MdS	Consultant appui DSF/MS	(229) 21332356 cgnintoungbe@basp96.org gnintounbecyriaque@yahoo.fr cyriaque.g@netcourrier.com
4	Dr. Souleymane Diallo	Médecin	UNICEF-Bénin	Représentant	(229) 21300266 / 97975101 sdiallo@unicef.org
5	Isabelle Sévédé-Bardem		UNICEF-Bénin	Représentante adjointe	(229) 21300697 / 97975102 ibardem@unicef.org
6	Alban P. Quenum	Médecin pédiatre	UNICEF-Cotonou	Spécialiste Santé	(229) 21300266 / 97926867 aquenum@unicef.org
7	Anne Sophie Le Dain	Nutritionniste	UNICEF-Cotonou	Spécialiste Nutrition	96074001 aledain@unicef.org
8	Vissoh Gilbert	Médecin	UNICEF-Cotonou	Spécialiste santé PCIME	gvissoh@unicef.org
9	Danvidé Bertin		UNICEF-Parakou	Spécialiste programme	bdanvide@unicef.org
10	Dr. Soliou Badarou	Médecin de sante publique	UNICEF-Parakou	Spécialiste Santé	(229) 23613317 / 23613319 sbadarou@unicef.org
11	Félicien Sagbadja	Ingénieur Agronome- Nutritionniste	UNICEF-Parakou	Chargé de nutrition	97170178 fsagbadja@unicef.org
12	Dekpemadoha Séraphin		ZS - Parakou	Chef de Division Nutrition/PCIME	95030320 sedemado@yahoo.fr
13	Dr. Noudamadjo Alphonse	Médecin Pédiatre	ZS - Parakou	Pédiatre CHD-Parakou Borgou	alphonse_ndama@yahoo.fr
14	Namboni Jacob	Médecin de Sante publique	ZS – Malanville-Karimama	Médecin Coordonateur - BZ Malanville	97470275
15	Adamou A. Ai		ZS – Malanville-Karimama	Gestionnaire - BZ Malanville	97698656
16	N'Ouémou André	Technicien supérieur de	ZS – Malanville-Karimama	CRAMS – BZ Malanville	95355217

		l'action sociale			
17	Piti B. Aoudou		ZS – Malanville-Karimama	Statisticien - BZ Malanville	97210653
18	Dofia Aristide	Infirmier diplômé d'état	ZS – Malanville-Karimama	Responsable CNT - HZ Malanville	93713363
19	Dossa O. Inoussa	Infirmier diplômé d'état	ZS – Malanville-Karimama	IDE CS Karimama	96268775
20	Felio Lin	Infirmier diplômé d'état	ZS – Malanville-Karimama	IDE/CAS CS Malanville	97130187
21	Amadou Souradjou		ZS – Malanville-Karimama	Directeur HZ Malanville	96259090
22	Bete Frank Hilaire	Médecin de Santé publique	ZS Kandi	Médecin Coordonateur	96645912 fbete@yahoo.fr
23	Gounse K. Thomas		ZS Kandi	Statisticien BZ Kandi	97760415
24	Tchakaï	Infirmier	ZS Kandi	Responsable CNT Kandi	91185690
25	Aho Brice	Infirmier	ZS Kandi	IDE CS Kandi	97045199
26	Jacques Dagba		ZS Kandi	IAS Kandi	95246533
27	Tokannou Sévérin	Médecin de Santé publique	ZS Banikoara	Médecin Coordonateur ZS Banikoara	95152505 severintokannou@yahoo.fr
28	Sefounon Richard	Infirmier	ZS Banikoara	Responsable CNT Banikoara	90955015
29	Yacoubou Taofik	Assistant de l'Action sociale	ZS Banikoara	CRAMS BZ Banikoara	93561929
30	Ganon Faustin		ZS Banikoara	R/SI Banikoara	94452527
31	Olodo Laifoya	Médecin	ZS Banikoara	Médecin chef de Zone	95534931
32	Assongba Innocent	Technicien supérieur de l'action sociale	ZS Kandi	TSAC C/CDS Kandi	97185807
33	Mousse Thakisou	Infirmier		Infirmier	95323439
34	Demba Diallo Aboul		ZS Kandi	CRAMS Kandi	95770777 fadbninongo@yahoo.fr
35	Bako Aminatou	Infirmier		CAS/IDE/SN/DSF/MS	90906633 amina-baco@yahoo.fr
36	Alidou Issoufou	Infirmier	ZS Malanville Karimama	Infirmier CS Birni Lafia	97131787

37	Diouga M Zakari	Infirmier	ZS Malanville Karimama	Responsable CNT Karimama	97238937
38	Akouenihod e Soulé	Technicien supérieur de l'action sociale	ZS Malanville Karimama	C/CPS Karimama	95415343
39	Tcheka Pascal			CAS/DE/DSF/MS	95429604 pascaltcheka@yahoo.fr
40	Adissin Marie Claude			CF/SFEND/DANA P/Novo	97395132 akpamoyna@yahoo.fr
41	Ayedegwe Eisabeth	Technicienne supérieure de l'action sociale	ZS Banikoara	C/CPS	95712572
42	Bodjerou Augustin	Inspecteur de l'Action sociale	MFSN	Inspecteur Action Sociale MFSN	97082961 noubaugust@yahoo.fr
43	Adeothy Koumakpa	Médecin pédiatre	ZS Malanville Karimama	Pédiatre CHU/HKM	95054617 adeothysik@yahoo.fr
44	Traore Esther		OMS	Point focal Nutrition OMS/Bénin	97290255 traoree@afro.who.int
45	Padonou Victor			Démographe HS/DPP	95818448
46	Ologoudou Karen		PAM	Nutritionniste PAM/Cotonou	Karen-ologoudou@wfp.org
47	Salami Karim	Médecin de Santé publique	ZS Lokossa (Ancien C/SSF de la DDS Borgou)	Médecin Coordonnateur	90019924 karimsalami@yahoo.fr
48	Pr. Blaise S. Ayivi	Médecin pédiatre		Professeur d'université	(229) 21301478 / 97766612 ayivib@intnet.bj

ANNEXE 2 – Agenda mission d'évaluation au Bénin

BENIN	Sam 13/02	5h30-12h30	Vol Nouakchott – Cotonou	Air Mauritanie	CK, YG, HS
		13h	Entretien avec Anne-Sophie Le Dain – Responsable nutrition UNICEF	Cotonou	CK, YG, HS, ASLD
	Dim 14/02		Finalisation du travail Mauritanie (protocole, rapport, saisie de données, ...)		YG, HS
	Lun 15/02	11h	Entretien DSF/SN	Ministère de la Santé	Dr R. Daraté (DSF) Dr B. Gbetchedji (SN) Dr C. Gnintoungbe (SN)
		15h	Entretien représentant UNICEF	UNICEF-Cotonou	Dr Souleymane Diallo
	Mar 16/02	9h30	Départ pour Parakou		
		16h	Entretien avec UNICEF-Parakou, Pédiatre CHD, DDS	UNICEF-Parakou	YG, CG, ASLD, HS Dr. Soliou Badarou Danvidé Bertin Félicien Sagbadja Dr. A. Noudamadjo Dekpemadoha Séraphin
	Merc 17/02	8h35	Départ pour Malanville		CK, YG, HS, Anne-Sophie Le Dain, Félicien Sagbadja et Dr Gilbert (PECIME unicef)
		16h	Entretien avec le médecin coordinateur de la zone sanitaire + son équipe	Zone Sanitaire Malanville	YG, CG, ASLD, HS, FS Dr. Namboni Jacob
	Jeu 18/02	8h	Visite du CNT et CNA de Malanville	Malanville (ville)	YG, CG, ASLD, HS, FS, CRAMS, Médecin coordinateur
		12h	Visite des CNA de Garou et de Guéné + visite communauté	Garou Guéné	YG, CG, ASLD, HS, FS, CRAMS
	Ven 19/02	8h	Visite CNT et CNA de Karimama	Karimama (ville)	YG, CG, ASLD, HS, FS, CRAMS
		12h	Visite du CNA de Birni Lafia + visite communauté	Birni Lafia	YG, CG, ASLD, HS, FS, CRAMS
		15h	Départ pour Kandi – Arrivée à 18h		
	Sam 20/02	8h	Entretien avec le médecin coordinateur de zone de Kandi Visite du CNT et CNA de Kandi	Kandi (ville)	YG, CG, ASLD, HS, FS, CRAMS
		13h	Visite des CNA de Sansoro et de Sam Debriefing avec le médecin coordinateur de zone de Kandi	Sansoro et Sam	YG, CG, ASLD, HS, FS, CRAMS
	Dim 21/02	7h	Départ pour Banikoara Entretien avec le médecin coordinateur de zone + visite du CNT de Banikoara Départ pour Cotonou	Banikoara	HS, CG, FS YG, ASLD, Dr Gilbert
		13h	Visite des CNA de Gbeniki et d'Ouret	Gbeniki et Ouret	HS, CG, FS, Médecin coordinateur, médecin chef de zone, CRAMS

	Lun 22/02	7h	Debriefing avec le médecin coordinateur et son équipe	Bureau de zone de Banikoara	HS, CG, FS
		9h30	Départ pour Parakou		
		13h30 16h	Arrivée à Parakou Debriefing avec UNICEF-Parakou	Parakou	HS, CG, FS
	Mar 23/02	12h	Départ pour Ouidah (atelier protocole)		HS, CG, FS
		19h	Arrivée à Ouidah	Ouidah	HS, CG, FS YG, ASLD, DR
	Mer 24/02	8h	Atelier protocole	Ouidah	
		17h	Atelier protocole	Ouidah	
	Jeu 25/02	8h	Atelier protocole	Ouidah	
		17h	Atelier protocole	Ouidah	
	Ven 26/02	8h	Atelier protocole (restitution)	Ouidah	
		12h	Départ pour Cotonou		YG, HS
		16h	Debriefing avec UNICEF-Cotonou (représentante adjointe)	Unicef-Cotonou	YG, HS, Isabelle Sévédé-Bardem
	17h	Départ pour Abidjan (Côte d'Ivoire)		YG, HS	