GUIDE DE FORMATION POUR LA PRISE EN CHARGE À BASE COMMUNAUTAIRE DE LA MALNUTRITION AIGUË (PCMA)

ICONES DU GUIDE DE FORMATION

	Matériel à revoir ou à rassembler avant de débuter la formation
	Durée du module
	Remarques à l'attention du formateur
	Activité
	Document à distribuer
	Présentation PowerPoint
	Clé des réponses

Ce matériel de formation a pu être réalisé grâce au soutien généreux du peuple américain par le biais de l'Office de la santé, des maladies infectieuses et de la nutrition du Bureau de santé globale et de l'Office d'assistance internationale en cas de catastrophe du Bureau de démocratie, résolution de conflit et assistance humanitaire, Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID) aux termes de l'accord de collaboration N# GHN-A-00-08-00001-00, par le biais du Projet FANTA-2, mis en œuvre par l'AED. La responsabilité du contenu incombe à l'AED et ne reflète pas forcément les vues de l'USAID ou du Gouvernement américain.

NOVEMBRE 2010

REMERCIEMENTS

Le présent matériel de formation est le produit de la collaboration entre de nombreuses personnes et organisations qui ont toutes grandement contribué à la version finale. Nous tenons à remercier Hedwig Deconinck, Kristen Cashin and Joan Whelan (FANTA), Valerie Gatchell (Concern Worldwide), Chantal Gegout (Organisation mondiale de la Santé [OMS], Tanya Khara (UNICEF), Anne Walsh (Valid International) et Margaret Ferris-Morris, Caroline Grobler-Tanner, Jamie Lee and Maryanne Stone-Jiménez (consultantes indépendantes) pour leurs contributions en tant qu'auteurs de diverses sections des modules.

Nous tenons également à faire mention de Caroline Abla et Eunyong Chung (USAID), Mohamed Ayoya, Leah Richardson, Mahendra Sheth, Adriana Zarrelli, and others (UNICEF), Andre Briend (OMS), Mike Neequaye (Ghana Health Service), Marie-Sophie Simon (Action Against Hunger), Nicky Dent, Kate Golden, Lynda Kiess et d'autres (Concern Worldwide), Kathryn Bolles (Save the Children), Mesfin Teklu (World Vision International), Fred Grant (anciennement FANTA), Sandra Remancus (FANTA),Tula Michaelides et Renata Seidel (AED) et Joseph Somuah Akuamoah et Sheikh Shahed Rahman (consultants indépendants) pour leurs apports techniques et revue qui ont enrichi et affiné le document.

Pour leur travail de présentation et de revue du matériel de formation, nous aimerions remercier Heather Finegan et Pamela Sutton, avec le soutien de Kevin Blythe, Rachel Elrom et Kathleen MacDonald (FANTA).

Nous tenons également à remercier toutes les organisations qui ont mis en œuvre les programmes de PCMA qui ont contribué directement et indirectement à l'expérience et à l'apprentissage à partir desquels ces modules ont été formulés.

TABLE DES MATIERES

Acronymes

Vue d'ensemble de la formation de la Prise en Charge à base communautaire de la malnutrition aiguë (PCMA)

1. Données générales sur la PCMA
2. A propos de ce guide de formation
3. Méthodes et matériel
4. Planification de l'atelier

Annexe 1. Principes de l'apprentissage des adultes
Annexe 2. Méthodes pédagogiques et comment les utiliser
Annexe 3. Exercices de démarrage pour la revue (création de groupes et d'équipes)

MODULE 1 : VUE D'ENSEMBLE DE LA PRISE EN CHARGE À BASE COMMUNAUTAIRE DE LA MALNUTRITION AIGUË

Objectifs d'apprentissage en salle de classe :

Présenter les participants, introduire l'atelier de formation, les modules et les objectifs de l'atelier

1. Discuter de la malnutrition aiguë et des mesures à prendre en réponse
2. Identifier les principes de la PCMA
3. Décrire les innovations récentes et les données probantes montrant que la PCMA est possible
4. Identifier les composantes de la PCMA et comment elles s'enclenchent
5. Déterminer comment la PCMA peut être mise en œuvre dans différents contextes
6. Identifier les engagements et développements clés, aux niveaux national et mondial, concernant la PCMA

Objectifs d'apprentissage de la visite sur le terrain:

1. Observer les activités
2. Discuter avec le personnel
3. Parler avec les mères/accompagnant(e)s

MODULE 2: DÉFINIR ET MESURER LA MALNUTRITION AIGUË

Objectifs d'apprentissage en salle de classe:

1. Discuter des causes et conséquences de la sous-nutrition et voir la terminologie liée à la sous-nutrition
2. Identifier les signes cliniques de la malnutrition aiguë
3. Prendre les mesures et classer la malnutrition aiguë
4. Identifier le poids cible à la sortie de la PCMA

MODULE 3: L'EXTENSION COMMUNAUTAIRE

Objectifs d'apprentissage en salle de classe :

1. Expliquer l'importance de l'extension communautaire pour les résultats que souhaite obtenir la PCMA
2. Identifier les éléments clés d'un bilan communautaire
3. Identifier les étapes clés de l'extension communautaire de la PCMA
4. Discuter des divers aspects à envisager lors de la formulation et de l'utilisation des messages de la PCMA
5. Discuter des préparations pour la mobilisation et la formation communautaires

Objectifs d'apprentissage de la visite sur le terrain :

1. S'exercer à faire des entretiens communautaires
2. Consolider les résultats des entretiens
3. S'exercer à rédiger un prospectus
4. S'exercer à formuler une stratégie et un plan d'action de l'extension communautaire

MODULE 4: LA PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE DE LA MALNUTRITION AIGUË SÉVÈRE

Objectifs d'apprentissage en salle de classe :

1. Décrire la prise en charge ambulatoire de la malnutrition aiguë sévère (PEC MAS ambulatoire) pour les enfants de 6 à 59 mois avec MAS sans complications médicales
2. Décrire les critères d'admission dans la PEC MAS ambulatoire
3. Décrire le processus d'admission et les séances de suivi de la PEC MAS ambulatoire
4. Expliquer le traitement médical pour la PEC MAS ambulatoire
5. Expliquer la récupération nutritionnelle pour la PEC MAS ambulatoire
6. Décrire les messages clés pour les mères ou accompagnant(e)s, donnés dans la PEC MAS ambulatoire
7. Reconnaître quand une action supplémentaire s'avère nécessaire : Référence vers la prise en charge hospitalière de la malnutrition aiguë sévère (PEC MAS hospitalière) et visites de suivi à domicile
8. Expliquer les critères et procédures de sortie (fin de traitement)
9. Décrire les liens entre la PEC MAS ambulatoire et les autres services, programmes et initiatives

Objectifs d'apprentissage de la visite sur le terrain :

1. Evaluer et admettre l'enfant à la PEC MAS ambulatoire
2. Evaluer et traiter l'enfant lors d'une séance de suivi de la PEC MAS ambulatoire

MODULE 5: LA PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE DE LA MALNUTRITION AIGUË SÉVÈRE

Objectifs d'apprentissage en salle de classe :

1. Planifier la PEC MAS hospitalière
2. Décrire l'admission et la sortie de la PEC MAS hospitalière
3. Revoir le traitement médical et la récupération nutritionnelle dans la PEC MAS hospitalière
4. Pratiquer la procédure de référence entre la PEC MAS hospitalière et la PEC MAS ambulatoire

Objectifs d'apprentissage de la visite sur le terrain :

1. Revoir les procédures d'admission, de traitement et de sortie de la PEC MAS hospitalière
2. Observer et discuter les procédures d'admission, de traitement et de sortie de la PEC MAS hospitalière

MODULE 6: LA PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION AIGUË MODÉRÉE

Objectifs d'apprentissage en salle de classe :

1. Décrire certaines stratégies de la PEC MAM
2. Décrire l'admission et la sortie de la PEC MAM
3. Discuter le traitement médical et la récupération nutritionnelle dans la PEC MAM
4. Pratiquer les procédures de référence de la PEC MAM vers la PEC MAS ambulatoire et la PEC MAS hospitalière

Objectifs d'apprentissage de la visite sur le terrain :

1. Revoir les procédures d'admission, de la prise en charge et de sortie de la PEC MAM
2. Observer et discuter des procédures d'admission, de la prise en charge, de sortie et de référence de la PEC MAM

MODULE 7: PLANIFICATION DE LA PCMA AU NIVEAU DU DISTRICT

Objectifs d'apprentissage en salle de classe :

1. Décrire les éléments clés de la PCMA et préparer le processus de planification
2. Identifier les composantes clés d'une analyse situationnelle et réaliser une analyse situationnelle de base
3. Formuler un cadre logique pour la PCMA
4. Formuler un plan d'action pour la PCMA
5. Planifier pour des cas spéciaux: transition et contingences

MODULE 8: SYSTÈME DE SUIVI ET DE RAPPORTS POUR LA PCMA

Objectifs d'apprentissage en salle de classe :

1. Décrire les principes d'un système de suivi et de rapports pour la PCMA
2. Décrire comment l'enfant est suivi individuellement dans la PCMA
3. Remplir la fiche de pointage et les rapports mensuels du site et du district; interpréter les résultats
4. Mesurer et discuter la performance et la couverture de la PCMA
5. Evaluer et chercher à éliminer les barrières à l'accès et à la fréquentation de la PCMA
6. Expliquer le but du soutien et de la supervision
7. Préparer le rapport minimal de synthèse de la PCMA

Objectifs d'apprentissage de la pratique sur le terrain de la PEC MAS:

1. Observer et aider l'équipe de la PEC MAS à remplir les fiches de pointage à partir des fiches de suivi de la PEC MAS ambulatoire
2. Revoir une fiche de pointage et les rapports mensuels du site du mois précédent et discuter avec le personnel de l'utilisation et de l'interprétation des données
3. Revoir le système pour noter la distribution et les niveaux de stock de l'ATPE

Acronymes

ACF	Action Contre La Faim
ACT	Association médicamenteuse comportant de l'artémisinine
AEN	actions essentielles en nutrition
AGR	Activité génératrice de revenus
AMF	Aliment mélangé fortifié
ANJE	Alimentation du nourrisson et du jeune enfant
ARV	médicaments antirétroviraux
ASC	Agent de santé communautaire
ASPE	Aliment supplémentaire prêt à l'emploi
ATPE	Aliment thérapeutique prêt à l'emploi
BCG	Bacilles Calmette-Guérin BCG
CCC	communication pour le changement de comportement
CDV	Conseil et dépistage volontaires
CMV	Mélange de minéraux et vitamines
CPN	Consultation prénatale
CREN	centre de récupération nutritionnelle
CRENAM	Centre de récupération et d'éducation nutritionnelle ambulatoire pour la malnutrition modérée
CRENAS	Centre de récupération et d'éducation nutritionnelle ambulatoire pour la malnutrition sévère
CREN-CRENI	Centre de récupération (et d'éducation) nutritionnelle (intensive)
CRS	Catholic Relief Services
CS	Centre de stabilisation
CSAS	centric systematic area sampling (méthode d'échantillonnage systématique central)
CTC	Community-based Therapeutic Care
DSM	durée de séjour en moyenne
EDS	enquête démographique et de santé
EGIM	enquête en grappe à indicateurs multiples
ENN	Emergency Nutrition Network
ET	écart type
FANTA	Food and Nutrition Technical Assistance Project (Projet d'appui technique en alimentation et nutrition)
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture
FFOM	Forces, faiblesses, opportunités et menaces
GMP	gain de poids moyen quotidien
HIRD	High Impact and Rapid Delivery
IEC	information, éducation et communication

IP	Indicateurs de performance
IQ	Indice de Quételet (indice de masse corporelle IMC ; (IMC kg/m²) = poids (en kg) divisé par taille au carré (en m²)
IRA	Infection respiratoire aiguë
KCAL	kilocalories
MAG	Malnutrition aiguë globale
MAM	Malnutrition aiguë modérée
MAS	Malnutrition aiguë sévère
MII	Moustiquaire imprégnée aux insecticides
MS	Ministère de la Santé
MSF	Médecins Sans Frontières
NCHS	National Center for Health Statistics
Normes OMS	Normes OMS de croissance de l'enfant
OBC	Organisation à base communautaire
OEV	orphelins et enfants vulnérables
OMD	objectifs du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	organisation non gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
P/A	Indice poids pour l'âge (le rapport poids-âge) (P/A)
P/T	Indice poids pour la taille (le rapport poids-taille) (P/T)
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PB	périmètre brachial
PCAC	Promotion de la croissance à assise communautaire
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PCMA	Prise en charge à base communautaire de la malnutrition aiguë
PEC	Prise en charge des cas
PEC MAM	Prise en charge de la malnutrition aiguë modérée
PEC MAS	Prise en charge à base communautaire de la malnutrition aiguë sévère
PEC Mas ambulatoire	Prise en charge de la malnutrition aigue sévère sans complications médicales en soins ambulatoires
PEC MAS hospitalière	Prise en charge de la malnutrition aigue sévère avec complications médicales en soins hospitaliers
PEV	Programme élargi de vaccinations
PNS	Programme de nutrition supplémentaire
PNS ciblé	Programme de nutrition supplémentaire ciblé
PNS de couverture	Programme de nutrition supplémentaire de couverture
PTA	programme thérapeutique ambulatoire
PTME	prévention de la transmission mère à enfant du VIH

PVVIH	personne vivant avec le VIH
référence NCHS	Référence de croissance de l'enfant NCHS
ReSoMal	Solution de Réhydratation pour la Malnutrition
S&E	suivi et évaluation
S&R	Suivi et rapports (S&R)
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SIS	système d'information sanitaire
SMART	Standardised Monitoring and Assessment for Relief and Transition
SMI	santé maternelle et infantile
SNMI	santé et nutrition maternelles et infantiles
SQUEAC	Semi-quantitative evaluation of access and coverage (méthodes d'évaluation de l'accès et de la couverture)
SSP	soins de santé primaires
T/A	Indice taille pour l'âge, le rapport taille-âge
TB	Tuberculose
TMB	Taux de mortalité brut
TPA	Thérapie VIH par antirétroviraux (ou antirétrovirale)
TSS	Technique de succion supplémentaire
UI	unités internationales
UN/SCN	Commission permanente des Nations Unies pour la nutrition
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
URN	unité de récupération nutritionnelle
URN-URENI	Unité de récupération (et d'éducation) nutritionnelle (intensive)
USAID	Agence des Etats-Unis pour le développement international
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

VUE D'ENSEMBLE DE LA FORMATION SUR LA PCMA

1. DONNÉES GÉNÉRALES SUR LA PCMA ET LA PCTC

Bien-fondé de l'approche à base communautaire

Pratiquement 20 millions d'enfants de moins de 5 ans souffrent de malnutrition aiguë sévère (MAS), facteur contribuant chaque année à 1 million de décès parmi les enfants.[1] La plupart de ces enfants vivent en Asie du Sud et en Afrique subsaharienne.

Jusqu'à récemment, la prise en charge (PEC) de la MAS se faisait essentiellement dans le cadre des soins en centre hospitalier, limitant grandement la couverture et l'impact. Aussi, en 2001, l'approche de la prise en charge thérapeutique à base communautaire (Community-based Therapeutic Care - CTC) a été mise au point pour traiter la malnutrition aiguë.[2] L'approche vise à atteindre le nombre maximum d'enfants souffrant de malnutrition aiguë et de garantir l'accès et la couverture en dispensant un traitement dans autant de sites décentralisés que possible au lieu de quelques structures sanitaires hospitalières situées centralement.

La prise en charge à base communautaire de la malnutrition aiguë (PCMA) (Community-based Management of Acute Malnutrition – CMAM), le terme plus général que CTC, englobe quatre composantes essentielles : l'extension communautaire, la prise en charge de la MAS sans complications médicales, la prise en charge de la MAS avec complications médicales et la prise en charge de la malnutrition aiguë modérée (MAM). Tel que le montrent les programmes de PCMA, la plupart des enfants avec MAS n'ont pas de complications médicales et peuvent être traités dans la PEC MAS ambulatoire sans devoir être admis dans la PEC MAS hospitalière d'une structure sanitaire avec traitement 24 heures sur 24. L'aliment thérapeutique prêt à l'emploi (ATPE), innovation répondant au profil nutritionnel du lait thérapeutique F100, revêt une importance primordiale dans le cadre de cette approche. L'ATPE est un terme générique pour des aliments thérapeutiques prêts à l'emploi qui sont de composition pâteuse ou pouvant être écrasés avant d'être mangés par l'enfant. Point besoin d'ajouter de l'eau à cet aliment ou de le préparer. L'ATPE utilisé le plus couramment est une pâte riche en nutriments et énergie, à base de lipides, qui contrairement à F100 liquide, peut être employé et conservé à domicile avec un risque minimal de contamination microbienne (Exemple : le Plumpy'Nut®).

Jusqu'à présent, l'expérience au niveau de la mise en œuvre de l'approche à base communautaire concerne principalement le contexte d'urgence. Les résultats obtenus nous montrent bien qu'il est approprié et possible d'exécuter en même temps les quatre composantes de la PCMA. *Community-based Therapeutic Care: A Field Manual* reflète cette expérience, apportant des protocoles standards pour le traitement de la malnutrition aiguë dans la communauté et ciblant essentiellement les organisations non gouvernementales (ONG) travaillant avec les ministères de la santé (MS) aux niveaux local et national pour mettre en œuvre les programmes dans un contexte d'urgence.

Toutefois, la demande pour un traitement accessible de la PEC MAS dans les contextes de non-urgence augmente vu le nombre élevé d'enfants avec MAS dans certaines populations. L'expérience des programmes de la PCMA, dans les situations d'urgence, nous montre que la PCMA dans les contextes de non-urgence est faisable et efficace si elle est intégrée aux services de santé de routine existants. L'adaptation du modèle à base communautaire au contexte de non-urgence sera différente selon le contexte. Si on compare au modèle en situation d'urgence, le soutien des ONG ou le soutien externe est différent dans les cas de non- urgence et cherche davantage à renforcer les capacités de

[1] Organisation mondiale de la Santé (OMS), Programme alimentaire mondial (PAM), Commission permanente des Nations Unies pour la nutrition (UN/SCN) et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF). Déclaration conjointe, prise en charge à base communautaire de la malnutrition aiguë. juin 2007.
[2] Collins, S. "Community-based therapeutic care: A new paradigm for selective feeding in nutritional crisis," Humanitarian Practice Network Paper 48, ODA 2004.

fourniture de traitement au sein du système de santé du MS. De plus, dans les programmes de non-urgence, la composante d'alimentation supplémentaire pour la PEC MAM est omise ou adaptée car la MAM peut être prise en charge dans le cadre d'autres programmes de prévention et de traitement. Plusieurs pays dont l'Ethiopie, le Ghana, le Malawi, le Sri Lanka et la Zambie ont commencé à intégrer la PCMA dans les services de santé de routine, recevant de moins en moins d'aide de la part des ONG (Voir le rapport de l'atelier international sur l'intégration de la PCMA, 2008, FANTA Project, http://www.fanta-2.org).

Remarque sur l'emploi des termes

L'utilisation de termes différents ayant pratiquement la même signification peut prêter à la confusion. Ce guide de formation utilise plusieurs termes clés qui diffèrent de *Community-based Therapeutic Care: A Field Manual*

La prise en charge à base communautaire de la malnutrition aiguë (PCMA) concerne la prise en charge de la malnutrition aiguë par les moyens suivant :

- L'extension communautaire
- La PEC MAS ambulatoire pour les enfants 6-59 mois avec MAS sans complications médicales
- La PEC MAS hospitalière pour les enfants 6-59 mois avec MAS et complications médicales jusqu'à ce que leur état médical et nutritionnel soit stabilisé ; la PEC MAS hospitalière pour les nourrissons de moins de six mois avec MAS et autres groupes d'âges avec MAS jusqu'à la guérison complète
- La PEC MAM (Remarque : dans un contexte de non-urgence, quand les services de la PCMA font office de filet de sécurité pour la MAS, la PEC MAM n'est pas toujours incluse)

2. À PROPOS DE CE GUIDE DE FORMATION

Le présent guide de formation se concentre sur la prise en charge à base communautaire de la MAS chez les enfants de moins de cinq ans. Il vise à renforcer les connaissances et compétences pratiques en matière de PCMA chez les participants. Il complète le *Community-Based Therapeutic Care (CTC): A Field Manual*, les protocoles de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour la PEC MAS et les modules de formation de l'OMS pour le traitement hospitalier des enfants sévèrement malnutris.[3] Le guide doit être adapté au contexte dans lequel il sera utilisé afin de tenir compte des directives et protocoles nationaux sur la prise en charge de la malnutrition aiguë et des modèles locaux. Si les directives nationales doivent être respectées, il n'en reste pas moins que ce guide reflète une information probante ou les meilleures pratiques actuelles, à moins qu'il n'en soit indiqué autrement.

Participants

Le guide de formation est destiné aux gestionnaires de santé et aux agents de santé qui gèrent, supervisent et prodiguent la PCMA. Il est destiné également aux agents de santé qui prennent en charge l'extension communautaire (coordinateurs de l'extension, coordinateurs de la mobilisation communautaire, superviseurs de district pour les agents de santé communautaire [ASC]). Il s'avèrera également utile aux représentants ministériels aux niveaux nationaux, régionaux et de district, aux responsables des programmes de santé et de nutrition et au personnel technique des ONG ainsi qu'au personnel technique de l'ONU participant à la PCMA pour les enfants. Le guide doit être adapté en fonction du profil du public ciblé.

Formateurs

Au moins deux formateurs devraient dispenser et encadrer la formation pour 15 à 25 participants. Les formateurs devraient bien connaître l'approche pour la prise en charge à base communautaire de la

[3]OMS, La prise en charge de la malnutrition sévère : Manuel à l'usage des médecins et autres personnels de santé, Genève 1998.
OMS, Directives pour le traitement hospitalier des enfants sévèrement malnutris, 2000.
WHO, Training Course on the Management of Severe Acute Malnutrition, Geneva 2002.

malnutrition aiguë et avoir de l'expérience en ce qui concerne l'application pratique de la PCMA. Le présent module d'introduction donne des directives aux formateurs pour planifier l'atelier et décrit les méthodes de communication et de formation utilisées dans le guide.

Formation en salle de classe et formation sur le terrain

Les méthodes et activités de formation utilisées dans les modules sont de nature pratique et participative, et puisent dans les connaissances, compétences et expériences des participants. Outre les documents écrits et les exercices pratiques en salle de classe, certains modules comprennent aussi des activités sur le terrain dans les communautés, les structures sanitaires, la PEC MAS ambulatoire et la PEC MAS hospitalière. Ce travail sur le terrain vient compléter l'aspect théorique de la salle de classe et donne aux participants l'occasion d'acquérir les compétences pratiques nécessaires pour mettre en œuvre la PCMA.

3. MÉTHODES ET MATÉRIEL

L'atelier entier prend 10 jours et demi et il fait une place spéciale à l'acquisition de compétences pratiques. Il demande environ quatre jours de travail en salle de classe et environ 6 jours et demi sur le terrain.

Modules

Le guide comprend huit modules ordonnés en séquences. Les formateurs peuvent adapter la longueur des modules, omettre un module ou changer l'ordre des modules en fonction du contexte et des besoins du public ciblé par la formation.

Les modules sont génériques. Chaque contexte est différent et les formateurs devront modifier les modules en fonction du contexte, des directives et des protocoles nationaux d'un pays donné.

De plus en plus d'expérience est acquise en ce qui concerne la PCMA dans les contextes de non-urgence. Les modules de formation seront mis à jour périodiquement pour tenir compte des nouvelles directives internationales.

Pour les formateurs : Le matériel complet de cet atelier comprend les présentes directives du formateur, les huit modules et les documents à distribuer aux participants. Les huit modules seront utilisés par les formateurs en tant que directives et ne sont pas destinés à être remis aux participants. Un formulaire d'évaluation, compris comme document à distribuer à la fin de la présente vue d'ensemble, peut être utilisé pour chaque module.

Chaque module comprend :
- Une vue d'ensemble
- Un tableau spécifiant les objectifs d'apprentissage et les documents à distribuer pour le travail en salle de classe
- Une liste du matériel nécessaire, y compris le matériel de référence
- Une préparation à l'avance que devra faire le formateur
- Des activités proposées et des méthodes de formation en fonction de chaque objectif d'apprentissage avec des instructions pour le formateur/facilitateur
- Une session de synthèse et d'évaluation du module

Pour les participants: Un ensemble de documents à distribuer pour chaque module.
Matériel de référence supplémentaire:
- *Community-Based Therapeutic Care: A Field Manual.* (Valid International, 2006)
- OMS, PAM, UN/SCN et UNICEF 2007 déclaration conjointe sur la prise en charge à base communautaire de la malnutrition aiguë
- Vidéo sur le programme CTC du Concern Worldwide en Ethiopia
- *La prise en charge de la malnutrition sévère : Un manuel à l'usage des médecins et d'autres personnels de santé (*OMS, 1999)

- *Directives pour le traitement hospitalier des enfants sévèrement malnutris* (OMS, 2003; disponible à www.who.int/nut/publications)
- Rapport de l'atelier international sur l'intégration de la PCMA, *2008 : International Workshop on the Integration of Community-based Management of Acute Malnutrition* (FANTA, 2008), www.fantaproject.org
- Directives et protocoles nationaux pour la MAS, soins ambulatoires, soins hospitaliers et alimentation supplémentaire (si disponible)
- Fiches de suivi PEC MAS ambulatoires, fiches de suivi PEC MAS hospitalière, fiches de suivi PEC MAM, fiches de ration de l'ATPE et fiches de ration du programme de nutrition supplémentaire (PNS) utilisées dans le pays.

Les formateurs devront fournir les autres matériels de l'atelier (vidéos, fiches vierges, calculatrices, carnets et stylos).

Méthodes pédagogiques

L'atelier puise dans les connaissances et dans l'expérience des participants. Il répond à leurs besoins et aux besoins de leurs communautés. Il utilise diverses méthodes de formation dont les exercices écrits, les exercices pratiques en petits groupes, les discussions, les jeux de rôle, les démonstrations vidéo, la pratique, les études de cas et les orateurs invités. Ces méthodes doivent permettre aux participants de saisir pleinement les concepts et les protocoles. La structure de l'atelier encourage également les participants à trouver leurs propres solutions aux problèmes. La composante de terrain renforce la théorie assimilée en salle de classe et donne aux participants l'occasion d'acquérir les compétences pratiques nécessaires pour remplir leur mission. Des descriptions des méthodes et des directives pour dispenser une formation pour adultes sont données à la fin du module.

Les participants servent également de ressources les uns aux autres. Le respect de chacun est de rigueur et le partage d'expérience est encouragé en permanence.

4. PLANIFICATION DE L'ATELIER

Durée

La durée approximative pour couvrir chaque module entier est notée dans le tableau ci-après en tant que guide de planification. Les plans varient en fonction du public ciblé et du contexte, et les formateurs sont fortement encouragés à adapter les modules de formation pour répondre aux besoins des participants. Les formateurs peuvent raccourcir ou omettre certains modules ou encore passer du temps supplémentaire sur d'autres selon les connaissances, les compétences et objectifs des participants et en fonction du temps disponible. Si le module Un est omis, les formateurs devront distribuer aux participants les documents de ce module dont il est question dans les autres modules : **Document 1.1 Abréviations et sigles**, **Document 1.2 Terminologie de la PCMA** et **Document 1.3 Références et lectures supplémentaires.**

	Module	Durée approximative en salle de classe	Durée approximative de la visite sur le site et de la pratique sur le terrain
#	Introduction	Une heure	
1	Vue d'ensemble de la prise en charge à base communautaire de la malnutrition aiguë (PCMA)	Une heure	Visite sur place d'une journée
2	Définir et mesurer la malnutrition aiguë	Deux heures	Voir Module 4
3	Services d'extension communautaire	Trois heures	Pratique sur le terrain d'une journée
4	La PEC MAS ambulatoire	Six heures	Pratique sur le terrain de trois jours pendant laquelle les participants s'exerceront également pour les compétences du Module 2
5	La PEC MAS hospitalière	Deux heures	Visite sur le terrain d'une demi-journée
6	La PEC MAM	Deux heures	Visite sur le site d'une demi-journée
7	Planifier les services de la PCMA au niveau district	Cinq heures	
8	Suivi et rapports pour la PCMA	Quatre heures	Pratique sur le terrain d'une demi-journée
Total		**26 heures (environ 4 jours)**	**6 jours et demi**

PLANIFIER LE PROGRAMME POUR UNE FORMATION DE LA PCMA

Les formateurs devraient formuler un plan d'atelier qui réponde le mieux possible aux besoins des participants et à leurs ressources. Voici quelques remarques utiles pour planifier ce programme :

- Les agents de santé achèveront généralement tous les modules de salle de classe, une ou deux journées de visite sur un site et 4 jours et demi de pratique sur le terrain.
- Les gestionnaires de santé achèveront généralement tous les modules de salle de classe et un ou deux jours de visite sur le site.
- Il est conseillé de réaliser une visite sur le site aussi tôt que possible pour que les participants en voient la pertinence dans les sessions en salle de classe.
- Pour faciliter la nature pratique et concrète des visites sur le terrain, il ne faudrait pas avoir plus de cinq à sept participants en même temps sur un même site. Peut-être faudra-t-il prévoir des visites sur de multiples sites ou à des heures différentes pour donner à tous les participants l'occasion de s'exercer.
- Il faut prévoir suffisamment de temps pour le transport aller-retour sur les sites.
- Il est conseillé de laisser du temps pour la synthèse et la discussion des visites sur le terrain.
- Il ne faut pas oublier de tenir compte des horaires des sites visités. Par exemple, si les soins ambulatoires ne sont disponibles que le matin, les visites doivent avoir lieu également le matin.
- Il faut prévoir du temps le premier et le dernier jour pour l'ouverture et la clôture officielles de la formation.

TÂCHES ET RESPONSABILITÉS LIÉES À LA FORMATION: POINTS SAILLANTS POUR LA PRÉPARATION ET LA PLANIFICATION AVANT LA FORMATION

Il est nécessaire de planifier bien à l'avance pour obtenir les meilleurs résultats possibles. La liste de vérification suivante donne un aperçu des tâches et des responsabilités essentielles. Elle devra être adaptée aux besoins spécifiques d'une formation donnée. Les formateurs et les organisateurs décideront qui est responsable de chaque tâche.

1. Fixer les objectifs et les attentes de la formation

- Identifier et collaborer avec des organisations et partenaires appropriés.
- Identifier ensembles les **buts et objectifs souhaités.**
- Engager les ressources nécessaires.
- Formuler une stratégie pédagogique pour atteindre les résultats souhaités, y compris la formation sur le tas et le recyclage ainsi que le suivi et les rapports.
- Mettre en place un système de supervision (plus formel et professionnel)/encadrement.

2. Sélection des participants

- Définir les critères de sélection des participants.
- Connaître son public (nombre et types de participants, par exemple : du MS ou d'une ONG, médecins, infirmiers, aides-soignantes, ASC, gestionnaires de santé, ou autres agents de santé)
- Demander aux participants d'apporter le matériel pertinent qui sera partagé
    - Enquêtes nutritionnelles selon le district ou la région
    - Informations sur les services préventifs et curatifs (santé, nutrition et sous-nutrition) dans leurs communautés et dans leurs pays
    - Informations sur le contexte de leur système de santé : Comment fonctionne-t-il ? , est-il centralisé ou décentralisé ? qui intervient dans les zones concernées (ONG ou MS) ?

3. Comprendre le contexte des participants : Mini analyse situationnelle

- Cerner le problème dans le contexte des participants :
    - Urgence/développement
    - Urbain/rural
    - Problèmes saisonniers
- Identifier les directives nationales pour la PEC MAS.
- Rechercher les enquêtes nutritionnelles en fonction du district ou de la région.
- Etudier les services préventifs et curatifs (santé, nutrition et sous-nutrition) dans les communautés et les pays des participants.
- Décrire le contexte des systèmes de santé des participants : comment fonctionne-t-il ?, est-il centralisé ou décentralisé ? qui intervient dans les zones concernées (ONG ou MS) ?

4. Contenu de la formation

- Adapter le contenu de l'atelier au contexte. Limiter le contenu à ce dont les participants ont besoin pour mener à bien leurs tâches professionnelles.
- Vérifier que le matériel de l'atelier est conforme aux directives nationales ou seuils des indicateurs pour l'admission et la sortie, à l'utilisation du rapport poids-taille ou du périmètre brachial (PB) et à l'utilisation des courbes de croissance de référence du National Center for Health Statistics (NCHS) (référence NCHS) ou des normes de croissance de l'enfant de l'OMS (standards OMS).
- Préparer le programme de la formation et déterminer les personnes responsables de chaque élément.
- Fixer les critères d'évaluation.

5. Logistique

- Faire l'emploi du temps.
- Déterminer l'emplacement de la formation (fixer les critères pour un espace de travail suffisant, les fournitures, l'équipement, les aides professionnelles).
- Identifier les intervenants invités, le cas échéant, s'assurer qu'ils sont disponibles et identifier les éventuels besoins logistiques (horaires spécifiques, moyens de transport).
- Identifier les emplacements des visites sur le terrain.
- Planifier les visites sur le terrain avec les superviseurs et le personnel des sites :
    - Revoir le calendrier des visites
    - S'assurer que le personnel et les fournitures sont suffisants
    - Vérifier que les personnes-ressources sur les sites ont le temps de participer
    - Envisager de faire une visite sur le terrain aussi tôt que possible. S'il n'existe pas de site approprié de PCMA, on peut montrer la vidéo du programme de CTC de Concern Worldwide à Wollo, en Ethiopie
- Organiser les moyens de transport pour les visites sur le terrain.
- Prévoir les éventuelles barrières linguistiques (entre les formateurs et les participants ou entre les participants et les habitants locaux). Si c'est possible, mettre les participants en paires avec des traducteurs ou des membres communautaires qui parlent leur langue ainsi que la langue locale. Prendre les dispositions nécessaires pour les traducteurs (transports, si nécessaire et compensation si applicable).
- Inviter les participants.

ANNEXE 1.
Principes de l'apprentissage des adultes

1. **Dialogue**: C'est le dialogue qui sert le mieux à l'apprentissage des adultes. En effet, la majorité des adultes ont une expérience suffisante de la vie pour dialoguer avec un formateur sur un sujet quel qu'il soit et pouvoir acquérir de nouvelles attitudes ou compétences en rapport avec cette expérience de la vie. Le dialogue est encouragé et utilisé dans les formations formelles, les causeries informelles, les sessions individuelles d'orientation ou toute autre situation d'apprentissage des adultes.

2. **Environnement et processus sécurisants**: Les participants doivent savoir qu'il est normal de faire des erreurs. Les adultes seront davantage enclins à apprendre s'ils se sentent **à l'aise du point de vue physique et psychologique.**
   - Le contexte physique (températures, ventilation, éclairage) influence l'apprentissage.
   - Les participants apprennent mieux s'ils ne sont pas distraits.

3. **Respect :** Il faut reconnaître à leur juste valeur les contributions et expériences de chacun. Les adultes apprennent mieux quand ils sentent qu'on respecte leurs expériences et quand les nouvelles informations viennent se greffer sur ce qu'ils savent déjà (« Pertinence par rapport à l'expérience précédente » ci-après).

4. **Affirmation :** Il faut reconnaître et féliciter les participants pour chacune de leurs interventions aussi petites soient-elles. Ils doivent savoir qu'ils se rappellent ou utilisent correctement ce qu'ils ont appris.

5. **Séquence et renforcement :** Il est utile de commencer avec les idées ou compétences les plus simples pour ensuite les renforcer. On présente d'abord celles qui sont les plus importantes et ensuite on renforce fréquemment les idées et compétences clés. Les gens apprennent plus vite si l'information et les compétences sont présentées de manière structurée.

6. **Pratique :** Les participants doivent pouvoir s'exercer dans un endroit en toute sécurité et ensuite dans un contexte réel.

7. **Idées, sentiments et actions.** Les participants apprennent en réfléchissant, en éprouvant et en faisant. Un réel apprentissage suppose les trois.

8. **Règle 20/40/80 :** Nous nous rappelons à raison de 20% ce que nous entendons, 40% ce que nous entendons et voyons et 80% ce que nous entendons, voyons et faisons. Les participants se souviennent mieux quand des aides visuelles sont utilisées pour soutenir la présentation verbale et ils se souviennent encore mieux quand ils pratiquent la nouvelle compétence.

9. **Pertinence par rapport à l'expérience précédente :** Les participants apprennent beaucoup mieux lorsque les nouvelles informations ou compétences se rapportent à ce qu'ils savent ou maîtrisent déjà.

   - **Pertinence immédiate :** Les gens apprennent mieux lorsqu'ils peuvent appliquer le nouveau thème à des choses qu'ils connaissent déjà dans leur vie personnelle ou professionnelle.
   - **Pertinence future** : Les gens apprennent plus rapidement quand ils savent que ce qu'ils apprennent leur servira à l'avenir.

10. **Travail en équipe** : Encourager les gens à apprendre les uns des autres et à résoudre ensemble les problèmes. Ainsi, l'apprentissage est plus facile à appliquer dans la vie réelle.

11. **Engagement** : Faire appel aux émotions et à l'intellect des participants. Les adultes préfèrent être des **participants actifs** de l'apprentissage plutôt que des récipiendaires passifs de la connaissance. Les gens apprennent plus vite s'ils traitent et transforment rapidement l'information, résolvent vite les problèmes et s'exercent à utiliser les nouvelles compétences.

12. **Responsabilisation** : Il faut s'assurer que les participants comprennent et concrétisent ce qu'ils ont appris.

13. **Motivation** : Les gens apprennent plus vite et plus attentivement lorsqu'ils veulent bien apprendre. Il revient au formateur de créer de telles conditions pour motiver les participants à apprendre.

    - L'apprentissage est naturel, une fonction fondamentale comme le fait de manger ou de dormir.
    - Certaines personnes seront plus désireuses d'apprendre que d'autres, et même chez une seule personne, il existe différents niveaux de motivation.
    - Les principes mentionnés ici aideront le participant à devenir plus motivé.

14. **Clarté**

    - Les messages doivent être clairs.
    - Les mots et structures de phrase bien compréhensibles (vocabulaire connu).
    - Les formateurs devront expliquer les mots techniques et vérifier que les participants comprennent les termes.
    - Les messages doivent être VISUELS.

15. **Feedback** : Le feedback informe le participant sur ses forces ou faiblesses.

Adapté du J. Vella. 1994. *Learning to Listen, Learning to Teach*.

ANNEXE 2.
Méthodes pédagogiques et comment les utiliser

Méthode pédagogique	Comment utiliser
Discussion en groupe: Sept participants maximum discutent et récapitulent un sujet ou thème donné. Le groupe choisit un président, un rapporteur et/ou quelqu'un pour faire le compte rendu en plénière.	• Ebaucher le but de la discussion et noter les questions et tâches pour orienter et structurer. • Laisser suffisamment de temps à tous les groupes pour terminer la tâche et donner du feedback. • Annoncer le temps restant à intervalles réguliers. • Vérifier que les participants changent de rôle.
Groupe de causerie : Deux ou trois participants discutent de leurs réactions immédiates à l'information présentée et partagent exemples et expériences.	• Indiquer clairement le thème ou la question qui sera discuté de pair avec les objectifs.
Brainstorming : Brassage d'idées spontanées de la part des membres du groupe face à un sujet choisi. Toutes les opinions sont valides.	• Indiquer clairement que le brainstorming a pour règle qu'il n'existe pas de mauvaise ou fausse idée • Demander à un volontaire de noter les idées.
Plénière : Le groupe entier se réunit pour partager des idées.	• Nommer quelqu'un pour veiller à la durée • Poser quelques questions pour lancer la discussion en groupe.
Jeu de rôle: Les participants interprètent une situation spécifique en fonction des détails fournis sur la personne qu'ils jouent.	• Bien structurer le jeu de rôle, le gardant bref et bien ciblé • Donner des instructions claires et concises aux participants.
Etudes de cas : Former des paires ou des petits groupes et demander quelle est leur opinion face à telle situation spécifique : comment peuvent-ils l'analyser et la résoudre.	• La situation ou l'incident doit être réel et pertinent par rapport au thème
Démonstration: Une personne ressource effectue une tâche donnée pour montrer aux autres comment faire. Ensuite, les participants s'exercent à exécuter la même tâche.	• Montrer les manières appropriées et non appropriées d'exécuter la tâche et discuter des différences. • Demander aux participants d'effectuer la tâche et leur donner du feedback.
Visite sur le terrain : Les participants et les formateurs/facilitateurs se rendent dans un établissement de santé ou un contexte communautaire pour observer une tâche ou procédure et ensuite pour s'exercer.	• Avant la visite, coordonner avec le site, donner aux participants des indications claires avant l'arrivée et ensuite les répartir en petits groupes accompagnés par le facilitateur. • Rencontrer le superviseur ou personnel du site au moment de l'arrivée. • Donner l'occasion de partager les expériences et de recevoir du feedback.
Préparation du plan d'action : Les participants font la synthèse des connaissances, compétences, attitudes et croyances sur un plan réaliste. Ainsi s'effectue la transition entre les activités en salle de classe et l'application pratique sur les lieux du travail.	Partager les plans d'action.
Causerie/présentation: Un orateur invité partage des informations, parfois à l'aide de matériel audio ou visuel.	• Commencer par une **histoire ou une image** qui attire l'attention du public. • Présenter un **problème de cas initial** autour duquel sera structurée la présentation ou la

Méthode pédagogique	Comment utiliser
	causerie. • Poser aux participants **des questions test** même s'ils ont peu de connaissance préalable pour les motiver à écouter la présentation ou causerie dans le but de trouver la réponse. • Fixer une **limite de temps.** • **Laisser du temps pour le feedback**, les commentaires et questions. • **Poser une question** que doivent résoudre les participants et qui est basée sur la causerie/présentation.

ANNEXE 3.
Exercices de démarrage (création de groupes et d'équipes)

1. Les participants et les formateurs se mettent en cercle. Un formateur lance un ballon à un participant et lui pose une question. Lorsque le participant répond correctement à la satisfaction du groupe, il ou elle lance le ballon à un autre participant et pose une autre question. La procédure est répétée jusqu'à ce que tous les participants aient répondu de manière satisfaisante à la question.

2. Les participants forment deux rangées se faisant face , chaque rangée représentant une équipe. Un participant de l'une des rangées pose une question au participant qui lui fait face dans la rangée opposée. Le participant qui répond à la question peut demander l'aide de son équipe pour répondre. Une fois qu'il ou elle a répondu correctement à la question, son équipe remporte un point et pose ensuite une question à l'autre équipe. S'ils ne répondent pas correctement à la question, l'équipe qui a posé la question répond et remporte le point. L'équipe avec le plus grand nombre de points gagne.

3. Les participants forment deux équipes. Chaque personne reçoit une réponse par écrit à une question que le facilitateur va poser. Lorsque la question est posée, le participant qui pense avoir la réponse correcte lit la réponse. Si c'est correct, il ou elle remporte un point. L'équipe avec le plus grand nombre de points gagne.

4. Un participant pioche une question dans un panier et y répond. D'autres participants donnent du feedback. La procédure est répétée pour d'autres participants.

Fiche d'évaluation pour le module

1. Est-ce que l'information présentée répond aux objectifs du module ?

2. Quelle est l'information qui devrait être approfondie à votre avis ?

3. Quelle est l'information qui n'était pas vraiment utile ?

4. Avez-vous trouvé utile en général le matériel présenté dans le module ?

5. Quel matériel était particulièrement utile ? Décrivez-le .

6. Quel matériel n'était pas utile ? Décrivez-le, expliquez .

7. Pensez-vous maîtriser les compétences nécessaires pour la pratique sur le terrain ?

8. Comment pourrait-on améliorer les exercices et la pratique sur le terrain ?

9. A votre avis, quels étaient les exercices ou sessions de pratique sur le terrain les plus réussis ou les plus pertinents pour cette formation ?

10. Comment pourrait-on améliorer le module pour qu'il réponde mieux aux objectifs ?

11. Est-ce que vous avez des suggestions sur la structure de la formation (espace de formation, visites sur le terrain, présentations visuelles, durée du séjour ?)

Prière d'utiliser le verso pour continuer les réponses. Merci !

MODULE UN

VUE D'ENSEMBLE DE LA PRISE EN CHARGE À BASE COMMUNAUTAIRE DE LA MALNUTRITION AIGUË (PCMA)

VUE D'ENSEMBLE DU MODULE

Ce module est une vue d'ensemble de la prise en charge à base communautaire de la malnutrition aiguë (PCMA). Il décrit la sévérité du problème de la malnutrition aiguë. Il explique la PCMA et les approches ambulatoire et hospitalière pour la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère (PEC MAS) qui, jusqu'à récemment, était uniquement dispensée dans un cadre hospitalier jusqu'à la guérison.

Ce module présente les concepts, principes et composantes de la PCMA. Il note les innovations récentes rendant possible la PCMA, comme l'aliment thérapeutique prêt à l'emploi (ATPE) et l'utilisation du périmètre brachial (PB) comme outil de dépistage et d'admission rapide à la PCMA des enfants souffrant de malnutrition aiguë. Le module se penche brièvement sur les données réunies à ce jour en ce qui concerne la PCMA dans les contextes d'urgence. Il indique également comment la PCMA pourrait être appliquée dans différents contextes et intégrée au système de santé national, aux politiques et protocoles nationaux ainsi qu'aux soins de santé de routine. De plus, il mentionne les engagements mondiaux pris récemment à l'appui de la PCMA.

La PCMA a évolué sur la base d'une approche communautaire de la prise en charge thérapeutique pour la malnutrition aiguë (Community-based Therapeutic Care - CTC) qui comprend l'extension communautaire, les programmes de nutrition supplémentaire (PNS), le programme thérapeutique ambulatoire (PTA) et les centres de stabilisation (CS). Il existe d'autres variantes de terminologie de la PCMA tels que les soins ambulatoires pour la MAS ou les soins à domicile pour la MAS. L'expérience à ce jour en ce qui concerne la mise en œuvre de la PCMA provient surtout des programmes de CTC.

I. VUE D'ENSEMBLE DE LA PCMA: SALLE DE CLASSE

Objectifs d'apprentissage	Documents à distribuer et exercices
Présenter les participants et introduire le cours ou l'atelier de formation, les modules et les objectifs du cours ou de l'atelier	▪ Document 1.1 Abréviations et sigles ▪ Document 1.2 Terminologie pour la PCMA ▪ Document 1.3 Références et lectures complémentaires ▪ PowerPoint: Vue d'ensemble de la PCMA ▪ Facultatif: Document à distribuer 1.15 Diapositives de la Présentation PowerPoint
1. Discuter de la malnutrition aiguë et des mesures à prendre en réponse	▪ Document 1.4 Information essentielle sur la sous-nutrition ▪ PowerPoint: Vue d'ensemble de la PCMA
2. Identifier les principes de la PCMA	▪ Document 1.5 Principes de la PCMA ▪ PowerPoint: Vue d'ensemble de la PCMA
3. Décrire les innovations récentes et les données probantes montrant que la PCMA est possible	▪ Document 1.6 Classification de la malnutrition aiguë pour la PCMA ▪ Document 1.7 Dépistage et admission utilisant le PB ▪ PowerPoint: Vue d'ensemble de la PCMA ▪ Sachets d'ATPE ▪ Bracelets gradués et colorés pour mesurer le PB
4. Identifier les composantes de la PCMA et comment elles s'enclenchent	▪ Document 1.8 Composantes de la PCMA et comment elles s'enclenchent ▪ PowerPoint: Vue d'ensemble de la PCMA
5. Déterminer comment la PCMA peut être mise en œuvre dans différents contextes	▪ Document 1.9 Etudes de cas ▪ Document 1.10 Mise en œuvre de la PCMA dans différents contextes ▪ Document 1.11 Facteurs à envisager pour la mise en œuvre de la PCMA ▪ Document 1.12 Intégrer la PCMA dans les soins de santé de routine au niveau du district ▪ PowerPoint: Vue d'ensemble de la PCMA
6. Identifier les engagements et développements clés, aux niveaux national et mondial, concernant la PCMA	▪ OMS, PAM, UN/SCN et UNICEF. 2007. *Prise en charge à base communautaire de la malnutrition aiguë sévère : Une déclaration conjointe.* ▪ Video 1. Concern Worldwide Ethiopia Video ▪ PowerPoint: Vue d'ensemble de la PCMA
Synthèse et évaluation du module	▪ Document 1.13 Aspects essentiels de la PCMA
Visite sur le terrain à un site PEC MAS ambulatoire	▪ Document 1.14 Liste de vérification de la visite sur le terrain

MATÉRIEL

- Ordinateur et projecteur pour PowerPoint: Vue d'ensemble de PCMA
- Post-it ou cartes de couleurs
- Grandes feuilles (comme les tableaux de conférence) et feutres
- Papier cache
- Sachets d'ATPE
- Bracelets gradués et colorés pour mesurer le PB
- *Community-based Therapeutic Care (CTC): A Field Manual*, 2006
- Organisation mondiale de la Santé (OMS), le Programme alimentaire mondial (PAM), la Commission permanente des Nations Unies pour la nutrition (UN/SCN) et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF). 2007. La prise en charge à base communautaire de la malnutrition aiguë sévère : une déclaration conjointe
- Vidéo 1. Concern Worldwide Ethiopia video (en Anglais)

PRÉPARATION À L'AVANCE

- Arrangement de la pièce, matériel indiqué ci-dessus
- Revoyez et le cas échéant, adaptez la présentation PowerPoint "Vue d'ensemble de la PCMA" (cela peut demander qu'on supprime, ajoute ou réorganise les diapositives). Revoyez tous les documents à distribuer aux participants.
- **Facultatif :** Prenez les dispositions nécessaires pour qu'un invité vienne parler de la conception et de la planification d'une intervention de la PCMA. De préférence, il s'agira d'un membre du Ministère de la Santé (MS) (aux niveaux régional ou de district) qui a de l'expérience en ce qui concerne la planification et l'organisation de la PCMA. Cela peut également être un membre d'une organisation non gouvernementale (ONG) qui a travaillé en étroite collaboration avec le MS. (Donnez des informations sur l'étude de cas qui sera présentée si un orateur est invité).

DURÉE DU MODULE : UNE HEURE EN SALLE DE CLASSE SUIVIE D'UNE VISITE SUR LE TERRAIN D'UNE JOURNÉE

Remarque : Suivant les besoins des participants, les formateurs pourront passer plus ou moins rapidement sur certains objectifs d'apprentissage et activités pédagogiques. La durée du module est une estimation du temps qu'il faudra pour atteindre les objectifs d'apprentissage et réaliser les activités de la formation.

PRÉSENTER LES PARTICIPANTS, L'ATELIER DE FORMATION, LES MODULES ET LES OBJECTIFS DE L'ATELIER

Formateur : Prenez connaissance du **Document 1.1 Abréviations et sigles, Document 1.2 Terminologie de la PCMA**, et **Document 1.3 Références et lectures complémentaires.**

Brise glace: Présentation du voisin ou de la voisine.

Demandez aux participants de se présenter et d'indiquer pourquoi ils assistent à cette formation : dans quel intérêt et comment ils pensent utiliser les compétences et les connaissances qu'ils vont acquérir.

Autre brise glace : Demandez aux participants de se mettre par deux et de s'interviewer à propos de leur expérience en ce qui concerne les programmes de prise en charge de la malnutrition aiguë. Ils pourront se demander mutuellement s'ils travaillent dans le cadre de soins de la prise en charge de la MAS ou de la malnutrition aiguë modérée (MAM) et encore s'ils travaillent au niveau de la communauté ou dans une structure sanitaire, etc. Ensuite, demandez aux participants d'introduire leur partenaire et de partager cette information. Discutez des analogies et de la variété des expériences.

Powerpoint: Présentation du but et des objectifs de l'atelier

(diapositives 1-2.) Demandez aux participants de marquer sur leurs Post-it ou cartes trois choses (une chose par carte) qu'il espère apprendre grâce au cours/à l'atelier. **Rassemblez les attentes et regroupez celles qui sont analogues. Affichez les attentes dans la salle de la formation et discutez-en.**

Présentez le but et les objectifs du cours/de l'atelier (diapositives PowerPoint 1-2). Comparez les objectifs d'apprentissage aux attentes des participants et expliquez quelles sont les attentes auxquelles on arrivera probablement à répondre et lesquelles seront plus difficiles à satisfaire. Laissez les attentes affichées pendant toute la formation pour pouvoir les revoir à la fin de chaque journée.

Indiquez aux participants qu'une grande feuille servira à écrire leurs idées, questions et suggestions qui se présenteront tout au long du cours/de l'atelier (ce qu'on appelle souvent le 'parking'). De temps à autre, allez voir ce qui se passe au parking et répondez aux questions.

Demandez aux participants de se reporter au **Document 1.1 Abréviations et sigles, Document 1.2 Terminologie de la PCMA**, et au **Document 1.3 Références et lectures complémentaires**. Demandez-leur de les utiliser comme outils de référence et dites-leur de ne pas hésiter à poser des questions que ce soit maintenant ou plus tard, à n'importe quel moment de la formation.

OBJECTIF D'APPRENTISSAGE 1 : Discuter de la malnutrition aiguë et des mesures à prendre en réponse

OA.1

FORMATEUR : Prenez connaissance du **Document 1.4 Information clé sur la sous-nutrition**.

Brainstorming : La sous-nutrition en tant que problème de santé publique. Demandez aux participants de réfléchir à l'énoncé "la sous-nutrition en tant que problème de santé publique" et de donner toutes les raisons qui expliquent un tel énoncé.

Exposé participatif : Introduction à la malnutrition aiguë.
Demandez aux participants "Qu'est-ce que la malnutrition aiguë ?" et "Pourquoi est-il important de se concentrer sur la malnutrition aiguë ?" La discussion devrait mentionner la différence entre la MAS et la MAM et faire référence au texte du **Document 1.4 Information essentielle sur la sous-nutrition.**

	Œdèmes bilatéraux	**Manque d'appétit et complications médicales**	**PB**	**P/T z-score** (normes OMS)
MAS:	Présents	Possible	< 115 mm	< -3 z-score
MAM:	Ne sont pas présents	Possible	≥ 115 mm and < 125 mm	≥ -3 and < -2

PowerPoint: Sous-nutrition et malnutrition aiguë. (Montrez les diapositives 3-6.)

Diapositive 4 : Demandez aux participants ce qu'ils voient et demandez-leur de décrire l'état nutritionnel des trois enfants. Dites-leur que les trois ont le même âge. Est-ce que cela change leurs impressions de l'état nutritionnel des enfants ?
Remarque : l'enfant à gauche est de petite taille, celui du milieu est normal et l'enfant à droite est émacié et probablement aussi de petite taille.

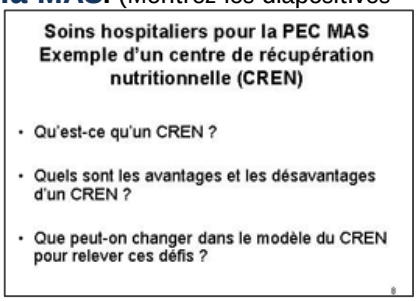
Diapositive 6: Rappelez aux participants que la MAS contribue à un million de décès d'enfants de moins de 5 ans chaque année. L'article du Lancet (2006) met en exergue l'ampleur du problème de la malnutrition aiguë. Faites remarquer aux participants que :

- La malnutrition aiguë ne survient pas seulement dans les situations d'urgence et ne se limite pas à l'Afrique.
- L'émaciation est présente dans les situations d'urgence et de non urgence.
- L'Inde et le Pakistan (contextes de non urgence) comptent le nombre le plus élevé

d'enfants avec émaciation grave ; 78% des enfants les plus émaciés dans le monde entier vivent en Inde, au Pakistan et au Bangladesh.

- Madagascar compte la prévalence la plus élevée d'émaciation grave, au dessus du niveau d'urgence pour la réponse à l'émaciation
- La classification se fonde sur les nombres absolus d'émaciation grave et changera si elle dépend de l'émaciation générale.

PowerPoint: La réponse traditionnelle à la MAS. (Montrez les diapositives 7-12.)



Diapositive 8: Demandez aux participants ce que sont les centres de soins hospitaliers pour la PEC MAS. Expliquez que parfois ils sont aussi connus sous le nom de centre de récupération (et de l'éducation) nutritionnelle (CREN) ou d'unité de récupération nutritionnelle (URN). Dans les centres de prise en charge hospitalière de la malnutrition sévère, les enfants reçoivent les laits thérapeutiques F75 et F100 ainsi que des soins médicaux prodigués par des agents de santé qualifiés.

- Demandez aux participants quel est l'impact sur la couverture si le traitement est dispensé uniquement dans des centres de soins hospitaliers centralisés et par un personnel médical qualifié. Quelles sont les implications pour les patients ainsi que pour les mères et/ou accompagnant(e)s de l'enfant ?
- Demandez quelles sont les implications si TOUS les enfants avec MAS sont admis en soins hospitaliers? Quelles sont les implications pour la capacité des soins hospitaliers, la disponibilité des ressources et la qualité des soins ? Quels sont les risques d'infection croisée avec autant d'enfants dans une structure sanitaire bondée ?

Diapositive 9-12 : Expliquez aux participants (si cela n'a pas déjà été discuté ci-dessus) que les soins hospitaliers demandent un personnel qualifié, une structure sanitaire avec lits et des soins médicaux disponibles 24 heures sur 24, et qu'il existe peu de centres hospitaliers desservant de larges zones. Ces centres hospitaliers pour la PEC MAS sont vite débordés surtout dans les régions où il existe une incidence élevée de MAS, aussi bien dans les contextes de développement que dans les situations d'urgence. Alors que les centres contiennent de plus en plus de patients, ces enfants déjà vulnérables sont exposés à un risque d'infection croisée de plus en plus grand et la structure sanitaire est débordée sous tous les aspects (personnel, équipement, fournitures, lits).

OBJECTIF D'APPRENTISSAGE 2 : Identifier les principes de la PCMA

OA.2

FORMATEUR : Prenez connaissance du **Document 1.5 Les principes de la PCMA**.

Groupes de causerie : Qu'est-ce que la PCMA. Demandez aux participants de former des groupes de deux ou trois personnes pour nommer rapidement quelques caractéristiques clés de la PCMA. Marquez les réponses sur une grande fiche.

PowerPoint: Introduction à la PCMA (Montrer les diapositives 13-19.)

Mettre en exergue les quatre composantes essentielles :

1. Extension communautaire
2. PEC MAS ambulatoire
3. PEC MAS hospitalière
4. PEC MAM

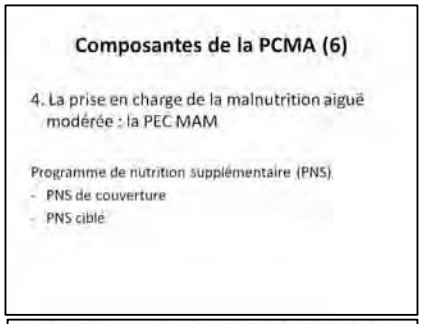
Discussion: Approches : à base communautaire ou soins hospitaliers ?

Demandez aux participants de faire ressortir rapidement certains avantages de la PCMA comparés aux approches en soins hospitaliers, ensuite, discutez des désavantages. Marquez les réponses sur une grande fiche et soyez prêt à revenir sur ce thème.

PowerPoint: Principes de la PCMA
(Montrez les diapositives 20-22.)

Demandez aux participants de se reporter au **Document 1.5 Les principes de la PCMA** et revoyez-les brièvement ensemble. Expliquez que les quatre composantes de la PCMA peuvent être dispensées en fonction des principes suivants :

1. Maximum d'accès aux soins et de couverture
2. Caractère opportun
3. Soins médicaux et nutritionnels appropriés
4. Soins aussi longtemps que nécessaire

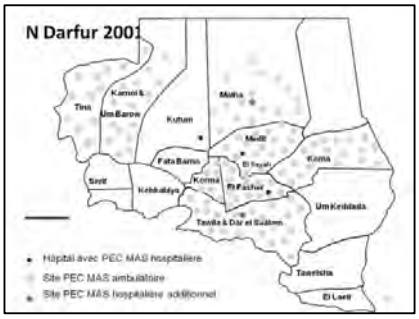


Diapositive 23 : Expliquez que la PCMA est une approche de santé publique (traitant le plus grand nombre possible d'enfants en soins ambulatoires), comparée à l'approche traditionnelle en soins hospitaliers jusqu'à la fin du traitement. Aussi, illustre-t-elle la transition de l'individu à la population.

PowerPoint: Principe clé 1. Maximum d'accès aux soins et de couverture

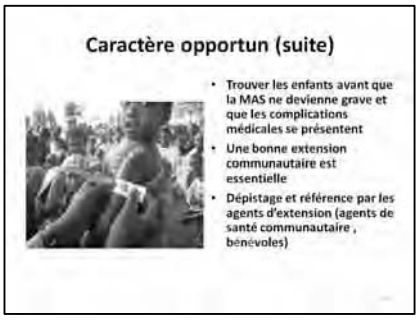
(Montrer les diapositives 24-27.)

Diapositives 25-26 : Le premier scénario est celui de soins dispensés uniquement dans quelques CREN. Le second scénario montre la différence au niveau de l'accès et de la couverture géographique avec la mise en place d'un grand nombre de sites PEC MAS ambulatoires décentralisés.



PowerPoint: Principe clé 2. Caractère opportun (Montrez les diapositives 28-31.)

Diapositive 30: Indiquez aux participants ce qu'est un enfant avec MAS qui est encore alerte, qui a probablement un bon appétit et qui peut être traité en PEC MAS ambulatoire. Le bracelet gradué et coloré mesure le PB chez les enfants âges de 6 à 59 mois. Les agents d'extension communautaire (agents de santé communautaire [ASC], bénévoles) peuvent facilement identifier les enfants avec malnutrition aiguë utilisant le bracelet PB et peuvent être formés pour reconnaître les œdèmes bilatéraux. Cela permet de dépister facilement les enfants souffrant de malnutrition aiguë dans la communauté.



PowerPoint: Principe clé 3. Soins médicaux et nutritionnels appropriés

(Montrez les diapositives 32-33.)

Diapositive 33 : Une évaluation de l'état médical selon l'approche de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME) ainsi que le test d'appétit permettront de déterminer si l'enfant peut être traité en PEC MAS ambulatoire avec visites régulières dans un structure sanitaire ou s'il doit être référé vers la PEC MAS hospitalière.

PowerPoint: Principe clé 4. Soins aussi longtemps que nécessaire

(Montrez les diapositives 32-33.)

Discussion : Demandez aux participants s'ils ont d'autres idées concernant les avantages ou désavantages de la PCMA par comparaison avec les soins hospitaliers. Demandez-leur ensuite la part que joue chaque composante dans la réalisation de ces principes.

OBJECTIF D'APPRENTISSAGE 3 : Décrire les innovations récentes et les données probantes rendant la PCMA possible

OA.3

FORMATEUR : Prenez connaissance du **Document 1.6 Classification de la malnutrition aiguë pour la PCMA** et **Document 1.7 Dépistage et admission en utilisant le PB.**

Réponse suscitée. Demandez aux participants s'ils peuvent nommer des innovations qui ont rendu possible la PCMA. Orientez la conversation sur les trois innovations suivantes :

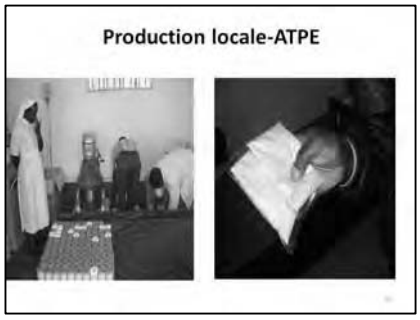
1. Disponibilité de l'ATPE
2. Classification de la malnutrition aiguë pour la PCMA
3. Dépistage et admission en utilisant le PB

PowerPoint: Disponibilité de l'ATPE

(Montrez les diapositives 36-40.)

Diapositive 37 : Expliquez que l'ATPE est une pâte à base d'huile qui ne contient pas d'eau. Aucune bactérie ne se développe dans l'aliment même s'il est accidentellement contaminé. Il peut être utilisé sans risques dans la plupart des environnements. Il est riche en énergie mais la quantité de protéines, de graisses, de vitamines et de minéraux par 100 kilocalories (kcal) est équivalente à celle de F100, recommandé par l'OMS pour la prise en charge hospitalière de la MAS. L'ATPE peut être mangé directement dans le pot ou le sachet et peut être consommé facilement par les enfants dès l'âge de 6 mois. Pas besoin d'ajouter d'eau.

Diapositive 38 : L'ATPE comporte de nets avantages par rapport à d'autres aliments thérapeutiques lactés comme le F100 qui peut être contaminé facilement et qui ne pourrait jamais être utilisé dans la PEC MAS ambulatoire. L'ATPE par contre dans un simple conditionnement se conserve bien pendant plusieurs mois sans réfrigération. L'ATPE peut être gardé plusieurs jours une fois ouvert. L'ATPE contient du fer alors que le F100 n'en contient pas. Remarque : un apport de fer quotidien en petite quantité n'est pas un danger en cas d'infection ou de traitement antipaludique.



Diapositive 39 : L'ATPE peut être fabriqué localement en utilisant un équipement simple. Par ailleurs, des inspections rigoureuses et un bon contrôle de la qualité sont nécessaires afin d'éviter les risques de contamination des ingrédients et pour que le produit ait la bonne composition et la qualité nécessaire. Le coût de la production locale varie en fonction de la disponibilité des ingrédients et de la capacité des fabricants locaux.

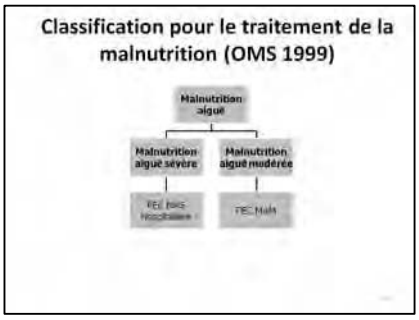
Démonstration : Se familiariser avec l'ATPE et son emballage.

Après les diapositives de PowerPoint, distribuez les sachets d'ATPE pour que les participants puissent se familiariser avec le produit.

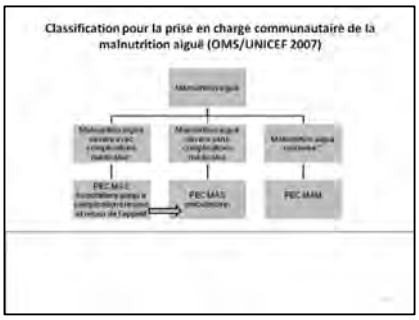
PowerPoint: Classification de la malnutrition aiguë pour la PCMA

(montrez les diapositives 41-42.)

Diapositive 41 : Indiquez aux participants que, par le passé, la malnutrition aiguë était divisée en deux catégories déterminant le mode de traitement.



Diapositive 42 : Une classification à jour a été proposée pour la PCMA : diviser la catégorie pour les enfants avec MAS avec complications médicales et MAS sans complications médicales.



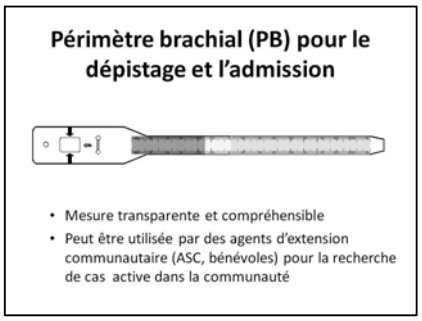
Réponse suscitée : Comparaison des deux classifications.

Demandez aux participants ce qui a changé entre les deux classifications et quelles en sont les implications pour le traitement des enfants avec MAS. Comblez les lacunes :

- La nouvelle classification recommande que les enfants avec MAS et complications médicales et/ou manque d'appétit soient envoyés pour une admission au site PEC MAS hospitalière jusqu'à ce que leur état se stabilise. Ainsi on s'assure que les enfants exposés à un risque accru de mortalité reçoivent le traitement indiqué.
- Elle recommande également que les enfants avec MAS, qui ont de l'appétit, et qui n'ont pas de complications médicales, soient traités dans la PEC MAS ambulatoire.

Demandez aux participants quels sont les facteurs d'importance critique pour dépister les enfants avec complications médicales. Indiquez que l'APPETIT est le facteur le plus important qui déterminera si l'enfant avec MAS a besoin d'être hospitalisé ou s'il peut rester dans l a PEC MAS ambulatoire.

PowerPoint : Dépistage et admission utilisant le PB (Montrez les diapositives 43-45.)

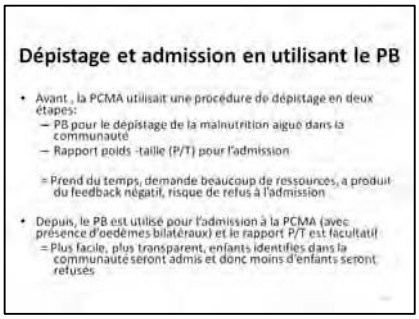


Diapositive 43 : Indiquez que:

- Le PB permet de comprendre facilement comment les enfants sont classés et de quel type de traitement ils ont besoin. Ainsi le programme devient plus transparent et obtiendra davantage de soutien communautaire.
- Le PB est simple à utiliser. Un bracelet PB est utilisé par une seule personne. Il est facile à transporter et peut être mis dans la poche. Pas besoin de savoir lire ou calculer pour l'utiliser. Aussi, est-il d'emploi facile au niveau communautaire, augmentant les chances de dépistage et de traitement des enfants. Par ailleurs, une formation simple sera donnée concernant l'utilisation correcte du bracelet PB.

Diapositive 44 : Indiquez que :

- Le PB est utilisé pour identifier la malnutrition aiguë lors du dépistage au niveau communautaire et pour l'admission à la PCMA. L'utilisation du PB uniquement pour l'admission signifie que tous les enfants qui sont référés par les ASC ou bénévoles qui viennent à la PCMA seront admis et ne seront pas refusés à cause de l'utilisation d'un autre indicateur pour l'admission (rapport poids-taille).
- L'utilisation du PB tout seul comme critère indépendant pour la malnutrition aiguë a été avalisée par l'OMS.



Démonstration : Se familiariser avec le bracelet pour mesurer le PB.

Distribuez les bracelets colorés et indiquez brièvement comment ils sont utilisés. Laissez les participants se familiariser avec ces bracelets PB. Demandez-leur ensuite de se reporter au **Document 1.7 Dépistage et admission en utilisant le PB** et de revoir les catégories par couleur et ce qu'elles signifient. Répondez aux questions.

OBJECTIF D'APPRENTISSAGE 4 : Identifier les composantes de la PCMA et comment elles s'enclenchent

OA.4

FORMATEUR: Prenez connaissance du **Document 1.8 composantes de la PCMA et comment elles s'enclenchent**.

PowerPoint: Composantes de la PCMA (montrez les diapositives 45-55)

Revoyez les quatre composantes de la PCMA (ci-après) et demandez aux participants de se reporter au **Document 1.8 composantes de la PCMA et comment elles s'enclenchent** aux fins de référence future.

1. Extension communautaire
2. PEC MAS ambulatoire
3. PEC MAS hospitalière
4. PEC MAM, suivant le contexte.

PowerPoint: Comment les composantes de la PCMA s'enclenchent (montrer les diapositives 57-59.)

Diapositive 57 : Faites ressortir chaque composante et demandez aux participants pourquoi les cercles sont de taille différente. Soulignez que :

- Si l'extension communautaire est efficace et si l'intervention vient en temps opportun, les enfants avec malnutrition aiguë seront identifiés à un stade précoce et la plupart auront une MAM sans complications médicales. Ils pourront être référés vers la PEC MAM.
- Plus de 80% de ceux avec MAS n'auront pas de complications médicales et pourront être traités dans la PEC MAS ambulatoire.
- Les quelques enfants avec MAS qui ont des complications médicales et/ou qui manquent d'appétit devront être référés vers la PEC MAS hospitalière.

Discussion en groupe : Comment les composantes s'enclenchent.

Demandez aux participants de se répartir en groupes de quatre à cinq personnes, et montrez la diapositive 57 (composantes de la PCMA) et demandez aux groupes de discuter des aspects suivants :

- La composante dans laquelle sont traités les enfants courant le plus de risques
- La composante dans laquelle sont traités les enfants courant un risque moyen
- La composante dans laquelle sont traités les enfants courant un faible risque

Demandez aux groupes de présenter sous forme de diagramme le mouvement de l'enfant suivant les différentes composantes de la PCMA. Posez chaque question individuellement après que chaque groupe a répondu à la question suivante :

- Enfant identifié par un ASC dans la communauté avec un PB rouge
  - Où va ensuite l'enfant ? (PEC MAS ambulatoire)
- Enfant au site PEC MAS ambulatoire, a un PB rouge et développe des

complications médicales
    - Où va ensuite l'enfant ? (PEC MAS hospitalière)
- Enfant au site PEC MAS hospitalière a les complications médicales résolues mais il a encore un PB rouge
    - Où va ensuite l'enfant ? (PEC MAS ambulatoire)
- L'enfant a reçu un traitement pour la durée indiquée et son PB montre qu'il ou elle souffre de malnutrition modérée à présent
    - Où va ensuite l'enfant ? (PEC MAM, si disponible)

Demandez aux participants de discuter de leurs propres expériences concernant la mise en œuvre des différentes composantes.

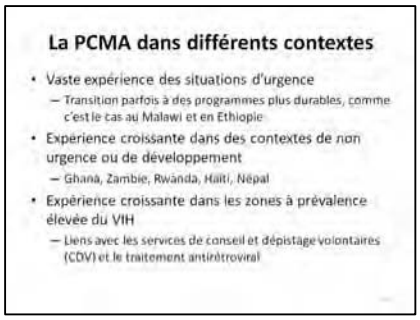
OBJECTIF D'APPRENTISSAGE 5 : Déterminer comment la PCMA peut être mise en œuvre dans différents contextes

OA.5

FORMATEUR : Prenez connaissance du **Document 1.9 Etudes de cas, du Document 1.10: Mise en œuvre de la PCMA dans différents contextes,** du **Document 1.11: Facteurs à envisager pour la mise en œuvre de la PCMA** et du **Document 1.12: Intégrer la PCMA dans les soins de santé de routine au niveau du district.**

Groupes de travail : Demandez aux participants de former des groupes de cinq ou six. Donnez à chaque groupe **le Document 1.9 Etudes de cas**. Demandez aux groupes: Quel groupe représente le mieux leur contexte de travail et pourquoi ? Demandez aux groupes de faire leur compte rendu et ensuite discutez-en. S'ils n'en parlent pas, demandez-leur si leur contexte présente une situation d'urgence ou non, si la PCMA est intégrée ou non dans les soins de santé de routine et s'il existe un taux de prévalence élevée du VIH.

PowerPoint: La PCMA dans différents contextes (montrer les diapositives 60-62.)



Diapositive 60 : Faites ressortir les caractéristiques suivantes de la PCMA dans différents contextes :

Contexte d'urgence et de post-urgence : La PCMA fonctionne bien dans un contexte d'urgence car elle permet d'atteindre un grand nombre d'enfants souffrant de malnutrition aiguë en raison de la disponibilité des ressources financières et techniques externes pour l'introduire ou la renforcer.

Contexte de non-urgence : La PCMA peut être dispensée dans le contexte des soins de santé en cours. La PEC MAS hospitalière est prodiguée dans des structures sanitaires centralisées fonctionnant 24 heures sur 24 (hôpitaux, centres de santé avec hospitalisation) alors que la PEC MAS ambulatoire fonctionne au niveau des structures sanitaires périphériques (centres de santé, dispensaires).

Dans les régions avec une prévalence élevée du VIH : Une grande proportion d'enfants avec MAS dans la PCMA seront positifs au VIH. La majorité des enfants séropositifs avec MAS peuvent recevoir un traitement à base communautaire avec l'ATPE. Il est de toute première importance de relier la PCMA, les services de conseil et dépistage volontaire (CDV) et le traitement (fourniture d'antirétroviraux [ARV] et de prophylaxie à base de cotrimoxazole).

Groupes de travail : Intégrer la PCMA dans les soins de santé existants. Toujours dans les mêmes groupes de travail, demandez aux participants de se reporter au **Document 1.12 Intégrer la PCMA dans les soins de santé de routine au niveau du district**. Demandez aux participants de le lire en silence et ensuite de discuter des programmes dans leur district qui pourraient être intégrés à la PCMA et de quelle manière. Dites-leur de tenir compte des facteurs envisagés dans le **Document 1.11 Facteurs à envisager pour la mise en œuvre de la PCMA.**

OBJECTIF D'APPRENTISSAGE 6 : Identifier les développements et engagements clés, aux niveaux national et mondial, concernant la PCMA

OA.6

FORMATEUR : Prenez connaissance de *la Déclaration conjointe sur la prise en charge à base communautaire de la malnutrition aiguë sévère de l'OMS, du PAM, UN/SCN et de l'UNICEF.*

POWERPOINT: ENGAGEMENT MONDIAL POUR LA PCMA **(MONTREZ LES DIAPOSITIVES 62-63.)**

Discussion : Distribuez la *Déclaration conjointe sur la prise en charge à base communautaire de la malnutrition aiguë sévère de l'OMS, du PAM, UN/SCN et de l'UNICEF* et revoyez brièvement le contenu. Faites remarquer que la déclaration conjointe vient soutenir les éléments suivants :

Adoption des politiques et des programmes nationaux pour :

- Vérifier que les protocoles nationaux pour la PCMA comptent une solide composante communautaire
- Arriver à une couverture élevée et atteindre ainsi les enfants qui ont besoin de traitement par le biais d'une extension communautaire efficace et d'un dépistage actif de cas
- Apporter une formation et un soutien aux ASC et/ou bénévoles pour qu'ils sachent dépister les enfants avec MAS dans la communauté
- Apporter une formation pour la PCMA à tous les niveaux pour arriver à une approche intégrée efficace

Ressources nécessaires pour une PCMA efficace:

- Assurer la disponibilité de l'ATPE et d'autres produits essentiels dans la PCMA (F75, ReSoMal, balances, bracelets PB)
- Encourager la production nationale de l'ATPE
- Garantir le financement pour fournir un traitement gratuit pour la MAS
- Assurer une PEC MAM

Lier la PCMA et les autres activités de soins de santé, notamment la PCIME, le PCAC et les soins de santé et nutrition de prévention

Discussion : Demandez à quelques participants de donner des exemples d'engagements nationaux pris face à la PCMA.

Vidéo : Montrez une vidéo d'un programme de la PCMA mis en œuvre par le MS éthiopien avec Concern Worldwide/Wollo Ethiopie. Discutez-en.

Orateur invité : Ecoutez l'invité(e) partager son expérience sur le plan de la planification, de la mise en œuvre et de l'intégration d'un programme de la PCMA.

SYNTHÈSE ET ÉVALUATION DU MODULE

Méthode proposée: Revoir les objectifs d'apprentissage et remplir la fiche d'évaluation

OA.6

- Revoyez les objectifs d'apprentissage du module. Dans ce module, vous avez :

  1. discuté de la malnutrition aiguë et des mesures à prendre en réponse
  2. décrit les principes de la PCMA
  3. décrit les innovations récentes et les données probantes
  4. discuté de la manière dont s'enclenchent les composantes de la PCMA
  5. pris connaissance des questions afférentes à la mise en œuvre de la PCMA
  6. déterminé comment la PCMA est mise en œuvre dans différents contextes
  7. identifié les engagements mondiaux face à la PCMA

- Demandez aux participants s'ils ont des questions et quel est leur feedback sur ce module.

- Demandez-leur de se reporter au **Document 1.13 Aspects essentiels de la PCMA** aux fins de futures références.

- Dites aux participants qu'ils auront l'occasion d'observer les procédures et de parler avec le personnel pendant la visite sur le terrain.

- Demandez aux participants de remplir la fiche d'évaluation du module.*

*La fiche d'évaluation peut également être distribuée à la fin de chaque journée ou périodiquement, suivant les préférences des formateurs.

VISITE À UN SITE PEC MAS AMBULATOIRE ET À UN SITE PEC MAS HOSPITALIERE

FORMATEUR : Prenez connaissance du **Document 1.14 Liste de vérification de la visite sur le terrain.**

- Un maximum de cinq participants devrait se rendre à chaque site PCMA à un jour donné. Coordonnez avec autant de sites que nécessaire pour garder le nombre de participants à cinq au plus.
- Mettez les participants en paire avec quelqu'un qui parle la langue locale et la langue des participants.
- Présentez les participants au responsable.

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

1. Observez les activités suivantes :
   - Comment les enfants sont admis et sortent du traitement
   - Comment les enfants avec MAS sont évalués et traités dans les séances de suivi des soins (mesures anthropométriques, évaluation médicale, fourniture de l'ATPE, observance du traitement)
2. Discutez avec le personnel des aspects suivants :
   - Qu'aime-t-il et que n'aime-t-il pas à propos de la PCMA ?
   - Comment la PCMA affecte-t-elle la quantité de leur travail (nombre de cas)?
   - Quelles sont les lacunes ou quels sont les problèmes au niveau de la PCMA ?
   - Comment travaille-t-il avec les agents d'extension communautaire (ASC et bénévoles) ?
   - Comment est le lien avec les autres soins de santé (PCIME, PCAC, PEV, CDV) ?
   - Quel est le type de soutien accordé à la famille de l'enfant une fois ce dernier traité ? (soutien microcrédit, soutien agricole, conseils pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant) ?
3. Parlez avec les mères et/ou accompagnant(e)s des enfants :
   - Comment ont-elles eu connaissance de la PCMA ?
   - Qu'aiment-elles et que n'aiment-elles pas à propos de la PCMA ?

Activité : Session de feedback après la visite sur le terrain

Méthode: Discussion

Après la visite sur le terrain, réalisez une session de feedback pendant laquelle les participants :

- Apporteront du feedback sur les points forts et faibles notés sur chaque site PCMA visité
- Poseront des questions sur les aspects demandant à être clarifiés
- Retiendront les principales lacunes exigeant plus de temps d'observation

MODULE UN

VUE D'ENSEMBLE DE LA PRISE EN CHARGE À BASE COMMUNAUTAIRE DE LA MALNUTRITION AIGUË (PCMA)

Objectifs d'apprentissage	Documents à distribuer et exercices
Présenter les participants et introduire le cours ou l'atelier de formation, les modules et les objectifs du cours ou de l'atelier	▪ Document 1.1 Abréviations et sigles ▪ Document 1.2 Terminologie pour la PCMA ▪ Document 1.3 Références et lectures complémentaires ▪ PowerPoint: Vue d'ensemble de la PCMA ▪ Facultatif: Document à distribuer 1.15 Diapositives de la Présentation PowerPoint
7. Discuter de la malnutrition aiguë et des mesures à prendre en réponse	▪ Document 1.4 Information essentielle sur la sous-nutrition ▪ PowerPoint: Vue d'ensemble de la PCMA
8. Identifier les principes de la PCMA	▪ Document 1.5 Principes de la PCMA ▪ PowerPoint: Vue d'ensemble de la PCMA
9. Décrire les innovations récentes et les données probantes montrant que la PCMA est possible	▪ Document 1.6 Classification de la malnutrition aiguë pour la PCMA ▪ Document 1.7 Dépistage et admission utilisant le PB ▪ PowerPoint: Vue d'ensemble de la PCMA ▪ Sachets d'ATPE ▪ Bracelets gradués et colorés pour mesurer le PB
10. Identifier les composantes de la PCMA et comment elles s'enclenchent	▪ Document 1.8 Composantes de la PCMA et comment elles s'enclenchent ▪ PowerPoint: Vue d'ensemble de la PCMA
11. Déterminer comment la PCMA peut être mise en œuvre dans différents contextes	▪ Document 1.9 Etudes de cas ▪ Document 1.10 Mise en œuvre de la PCMA dans différents contextes ▪ Document 1.11 Facteurs à envisager pour la mise en œuvre de la PCMA ▪ Document 1.12 Intégrer la PCMA dans les soins de santé de routine au niveau du district ▪ PowerPoint: Vue d'ensemble de la PCMA
12. Identifier les engagements et développements clés, aux niveaux national et mondial, concernant la PCMA	▪ OMS, PAM, UN/SCN et UNICEF. 2007. *Prise en charge à base communautaire de la malnutrition aiguë sévère : Une déclaration conjointe.* ▪ Video 1. Concern Worldwide Ethiopia Video ▪ PowerPoint: Vue d'ensemble de la PCMA
Synthèse et évaluation du module	▪ Document 1.13 Aspects essentiels de la PCMA
Visite sur le terrain à un site PEC MAS ambulatoire	▪ Document 1.14 Liste de vérification de la visite sur le terrain

DOCUMENT 1.1
Acronymes

ACF	Action Contre La Faim
ACT	Association médicamenteuse comportant de l'artémisinine
AEN	actions essentielles en nutrition
AGR	Activité génératrice de revenus
AMF	Aliment mélangé fortifié
ANJE	Alimentation du nourrisson et du jeune enfant
ARV	médicaments antirétroviraux
ASC	Agent de santé communautaire
ASPE	Aliment supplémentaire prêt à l'emploi
ATPE	Aliment thérapeutique prêt à l'emploi
BCG	Bacilles Calmette-Guérin BCG
CCC	communication pour le changement de comportement
CDV	Conseil et dépistage volontaires
CMV	Mélange de minéraux et vitamines
CPN	Consultation prénatale
CREN	centre de récupération nutritionnelle
CRENAM	Centre de récupération et d'éducation nutritionnelle ambulatoire pour la malnutrition modérée
CRENAS	Centre de récupération et d'éducation nutritionnelle ambulatoire pour la malnutrition sévère
CREN-CRENI	Centre de récupération (et d'éducation) nutritionnelle (intensive)
CRS	Catholic Relief Services
CS	Centre de stabilisation
CSAS	centric systematic area sampling (méthode d'échantillonnage systématique central)
CTC	Community-based Therapeutic Care
DSM	durée de séjour en moyenne
EDS	enquête démographique et de santé
EGIM	enquête en grappe à indicateurs multiples
ENN	Emergency Nutrition Network
ET	écart type
FANTA	Food and Nutrition Technical Assistance Project (Projet d'appui technique en alimentation et nutrition)
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture
FFOM	Forces, faiblesses, opportunités et menaces
GMP	gain de poids moyen quotidien

HIRD	High Impact and Rapid Delivery
IEC	information, éducation et communication
	Indicateurs de performance
	Indice de Quételet (indice de masse corporelle IMC ; (IMC kg/m²) = poids (en kg) divisé par taille au carré (en m²)
IRA	Infection respiratoire aiguë
KCAL	kilocalories
MAG	Malnutrition aiguë globale
MAM	Malnutrition aiguë modérée
MAS	Malnutrition aiguë sévère
MII	Moustiquaires imprégnées aux insecticides
MS	Ministère de la Santé
MSF	Médecins Sans Frontières
NCHS	National Center for Health Statistics
OBC	Organisation à base communautaire
OEV	orphelins et enfants vulnérables
OMD	objectifs du Millénaire pour le développement
Normes OMS	Normes OMS de croissance de l'enfant
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	organisation non gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
P/A	Indice poids pour l'âge (le rapport poids-âge) (P/A)
P/T	Indice poids pour la taille (le rapport poids-taille) (P/T)
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PB	périmètre brachial
PCAC	Promotion de la ***croissance*** à ***assise*** communautaire
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PCMA	Prise en charge à base communautaire de la malnutrition aiguë
PEC	Prise en charge des cas
PEC MAM	Prise en charge de la malnutrition aiguë modérée
PEC MAS	Prise en charge à base communautaire de la malnutrition aiguë sévère
PEC Mas ambulatoire	Prise en charge de la malnutrition aigue sévère sans complications médicales en soins ambulatoires
PEC MAS hospitaliers	Prise en charge de la malnutrition aigue sévère avec complications médicales en soins hospitaliers
PEV	Programme élargi de vaccinations
PNS	Programme de nutrition supplémentaire
PNS ciblé	Programme de nutrition supplémentaire ciblé
PNS de couverture	Programme de nutrition supplémentaire de couverture
PTA	programme thérapeutique ambulatoire

PTME	prévention de la transmission mère à enfant du VIH
PVVIH	personne vivant avec le VIH
référence NCHS	Référence de croissance de l'enfant NCHS
ReSoMal	Solution de Réhydratation pour la Malnutrition
S&E	suivi et évaluation
S&R	Suivi et rapports (S&R)
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SIS	système d'information sanitaire
SMART	Standardised Monitoring and Assessment for Relief and Transition
SMI	santé maternelle et infantile
SNMI	santé et nutrition maternelles et infantiles
SQUEAC	Semi-quantitative evaluation of access and coverage (méthodes d'évaluation de l'accès et de la couverture)
SSP	soins de santé primaires
T/A	Indice taille pour l'âge, le rapport taille-âge
TB	Tuberculose
TMB	Taux de mortalité brut
TPA	Thérapie VIH par antirétroviraux ou antirétrovirale
TSS	Technique de succion supplémentaire
UI	unités internationales
UN/SCN	Commission permanente des Nations Unies pour la nutrition
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
URN	unité de récupération nutritionnelle
URN-URENI	Unité de récupération (et d'éducation) nutritionnelle (intensive)
USAID	Agence des Etats-Unis pour le développement international
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

DOCUMENT 1.2
Terminologie pour la PCMA

1.2

Agent d'extension communautaire pour la PCMA	C'est un agent de santé communautaire (ASC), relais communautaire ou bénévole qui dépiste les enfants avec malnutrition aiguë dans la communauté et qui les oriente vers la PCMA. Il/elle assure ensuite une visite de suivi à domicile pour les cas à risque (selon le protocole d'action de la PEC MAS ambulatoire).
Agents de santé	C'est l'ensemble du personnel médical et infirmier et autres personnels du système de santé, y compris les agents de santé communautaire (ASC).
Aliment thérapeutique prêt à l'emploi (ATPE)	L'ATPE est un aliment riche en énergie, fortifié en vitamines et minéraux mis au point tout spécifiquement pour traiter la MAS. L'ATPE a une composition nutritive analogue à F100. C'est un aliment semi-solide, qu'on peut écraser et qui peut être mangé par des enfants dès l'âge de 6 mois sans rajouter d'eau. Contrairement à F100, l'ATPE n'est pas préparé avec de l'eau et par conséquent ne court pas de risques de contamination par des bactéries. L'aliment est utilisé à domicile, sans réfrigération et dans des endroits où les bonnes conditions d'hygiène ne peuvent pas toujours être respectées. Aucune préparation n'est nécessaire avant la consommation. Plumpy'nut® est un exemple d'ATPE à base de lipides.
Aller à plus grande échelle	Lorsque les soins sont étendus à plus grande échelle. par exemple, de l'étape pilote à l'étape soins intégrés, dans le cadre d'une stratégie en vue d'élargir la couverture géographique à l'échelle nationale.
Anthropométrie	L'anthropométrie est l'étude des proportions du corps humain. C'est la technique de mesure des diverses parties du corps servant au suivi de l'état nutritionnel d'une personne ou d'un groupe de la population.
Autoréférence	Lorsque la mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant l'amène à une consultation ambulatoire sans que l'agent de santé ne l'ait référé.
Bénévole	Un bénévole est une personne fournissant des services d'extension communautaire. Il ou elle pourra recevoir des incitations mais non pas de rémunération.
Carences en micronutriments	Les carences en micronutriments sont dues à des apports réduits de micronutriments et/ou à une mauvaise absorption par le corps. La carence en fer, l'avitaminose A et le manque d'iode sont parmi les formes les plus courantes de carences en micronutriments.
Complications médicales en présence de malnutrition aiguë sévère (MAS)	Les principales complications médicales en présence d'une MAS chez les enfants 6-59 mois nécessitant une prise en charge aux soins hospitaliers (PEC MAS hospitalière) sont les suivantes : anorexie ou manque d'appétit, convulsions, fièvre élevée, hypoglycémie, hypothermie, vomissements persistantes, léthargie ou torpeur, infections des voies respiratoires inférieures, anémie grave, déshydratation grave, perte de connaissance, signes oculaires de l'avitaminose A, lésions cutanées.
Contre-référence	Lorsque l'enfant est envoyé ou orienté vers un niveau de traitement plus bas en raison de l'amélioration de son état de santé.
Couverture	*La couverture géographique de la PCMA* concerne la disponibilité de la PCMA (accès géographique) par voie de décentralisation ou expansion à plus grande échelle. Elle peut être définie par le rapport entre les structures sanitaires avec PCMA et toutes les structures sanitaires, par district, ou, entre nombre de services PCMA et la population d'une aire sanitaire. *La couverture des services/programmes de la PCMA* concerne la prestation et l'utilisation des services (Accès et utilisation aux services).

Emaciation	L'émaciation est une forme de sous-nutrition, et plus spécifiquement de malnutrition aiguë. Un enfant souffrant d'émaciation a perdu les graisses et les muscles et paraît maigre. L'émaciation est définie par un PB < 125 mm ou un rapport P/T < -2 z-score à la médiane (normes OMS)
Emaciation grave	L'émaciation grave est une forme de malnutrition aiguë sévère, également appelée marasme. Un enfant souffrant d'émaciation grave a perdu les graisses et les muscles et paraît extrêmement maigre (les signes sont le visage chiffonné du vieillard ou les plis de peau qui pendent sur les fesses). L'émaciation grave est définie par un PB < 115 mm ou un rapport P/T <-3 z-score à la médiane (normes OMS).
Emaciation modérée	L'émaciation modérée est une forme modérée de malnutrition aiguë. L'émaciation modérée est définie par un PB ≥ 115 mm et < 125 mm ou un rapport P/T ≥ -3 et <-2 z-score à la médiane (normes OMS).
Enveloppe de soins de santé essentiels	L'enveloppe de soins essentiels concerne l'ensemble de prestations fournies dans les structures sanitaires tel que stipulé par la politique sanitaire nationale. L'enveloppe de soins varie selon le type de structure sanitaire (par exemple, centre de santé ou dispensaire).
Extension communautaire pour la PCMA	L'extension communautaire est un service communautaire pour la PCMA et compte divers volets dont l'évaluation communautaire, la mobilisation communautaire, le dépistage, la référence communautaire, et la visite à domicile pour les cas à risque.
F75	Le lait thérapeutique F75 (75 kcal/100ml) est un aliment recommandé par l'OMS pour stabiliser les enfants avec MAS dans la phase de stabilisation de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère en soins hospitaliers (PEC MAS hospitalière).
F100	Le lait thérapeutique F100 (100 kcal/100ml) est un aliment recommandé par l'OMS pour la récupération nutritionnelle des enfants avec MAS après la stabilisation de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère en soins hospitaliers (PEC MAS hospitalière). F100-dilué est utilisé pour la stabilisation et la récupération nutritionnelle des nourrissions de moins de 6 mois avec MAS sans œdèmes bilatéraux en PEC MAS hospitalière.
Formation continue de la PCMA	La formation continue pour la PCMA prépare les agents de santé à la PCMA en renforçant leurs connaissances et compétences conformément à leurs qualifications professionnelles tout en tenant compte de leur formation et expérience professionnelle. Elle suppose une formation tant théorique que pratique (formation sur le tas, encadrement, recyclage).
Formation de base de la PCMA	La formation de base pour la PCMA est dispensée dans un établissement d'enseignement dans le cadre d'étude pour une qualification professionnelle. Elle devrait faire partie des cycles pré-universitaires, universitaires et postuniversitaires ou des écoles d'infirmières, sages-femmes, et nutritionnistes pour l'obtention de diplômes d'état. Elle suppose une formation tant théorique que pratique et comprend un apprentissage pratique (stages, internats). Le but est d'intégrer des modules de la PCMA dans le curriculum des formations différentes. Des cours extracurriculaire de pointe pourraient être organisés en dehors du programme ordinaire.
Indicateur de périmètre brachial (PB)	Un faible PB est un indicateur d'émaciation utilisé à partir de l'âgé de 6 mois. Un PB < 125 mm indique chez les enfants de 6-59 mois une émaciation ou une malnutrition aiguë. Un PB ≥ 115 mm et < 125 mm chez les enfants de 6-59 mois indique une émaciation modérée ou MAM. Un PB < 115 mm chez les enfants de 6-59 mois indique une émaciation grave ou MAS.
Indicateur de poids taille (rapport poids-taille [P/T])	Un faible rapport P/T est un indicateur d'émaciation. Un rapport P/T <-2 z-score à la médiane (normes OMS) indique une émaciation. Un rapport P/T ≥ -3 et <-2 z-score à la médiane (normes OMS) indique une émaciation

	modérée ou MAM. Un rapport P/T <-3 z-score à la médiane (normes OMS) indique une émaciation grave ou MAS.
Indice de masse corporelle (IMC)	Indice de masse corporelle (IMC) ou indice de Quételet est utilisé pour évaluer l'émaciation chez l'adolescent (IMC par âge, référence OMS 2007) et l'adulte (IMC). L'IMC est défini par un rapport poids-taille au carré (en kg /m²), et reflète bien les stocks en graisses corporelles et en protéines. Si l'adulte ne peut pas se tenir debout ou a une déformation du dos, la taille est estimée par la longueur du mi-bras: Taille= [0.73 x (2 x la longueur mi-bras)] +0.43
Indice du poids par rapport à l'âge (rapport poids-âge [P/A])	L'indice poids-âge est utilisé pour évaluer l'insuffisance pondérale. Cet indice compare le poids d'un enfant au poids d'un enfant du même âge et même sexe correspondant aux normes OMS ou référence NCHS. L'indice révèle l'état nutritionnel actuel et passé de l'enfant.
Indice du poids par rapport à la taille (rapport poids-taille [P/T])	L'indice poids-taille est utilisé pour évaluer l'émaciation. Il montre où se situe le poids de l'enfant par rapport au poids d'un enfant de même taille et même sexe correspondant aux normes OMS ou référence NCHS. L'indice révèle l'état nutritionnel actuel d'un enfant.
Indice du poids par rapport à l'âge (rapport taille-âge [T/A])	L'indice taille-âge est utilisé pour évaluer le retard de croissance staturale ou la petite taille. Il compare la taille de l'enfant à la taille d'un enfant de même âge et même sexe correspondant aux normes OMS ou référence NCHS. L'indice révèle l'état nutritionnel passé d'un enfant.
Insuffisance pondérale	L'insuffisance pondérale est une forme composite de sous-nutrition avec des éléments d'émaciation et de retard en croissance staturale. Elle est définie par un rapport poids-âge (P/A) < -2 z-score à la médiane (normes OMS). Cet indicateur est utilisé couramment dans les programmes de la croissance à assise communautaire (PCAC) et les consultations de l'enfant sain qui visent à prévenir et à traiter la sous-nutrition.
Intégration de la PCMA	Intégrer la PCMA veut dire incorporer la PCMA au système de santé (national). Intégrer les soins de la PCMA veut dire incorporer les soins de la PCMA aux soins hospitaliers, aux soins ambulatoires ou au système de santé. Cela suppose que le système de santé a la capacité et la compétence nécessaires pour fournir, renforcer, adapter et maintenir des soins de la PCMA efficaces et de bonne qualité avec le minimum de soutien externe. Un minimum de soutien externe concerne le soutien financier et l'appui technique apporté au MS pour le renforcement des capacités et l'accès aux fournitures.
Kwashiorkor	Voir **Œdèmes bilatéraux**
Kwashiorkor avec marasme	Le kwashiorkor avec marasme est l'affection simultanée de l'émaciation grave (marasme) et de l'œdème bilatéral (kwashiorkor).
Malnutrition aiguë	La malnutrition aiguë est une forme de sous-nutrition. Elle provoque des œdèmes bilatéraux ou une émaciation (chute soudaine du poids et amaigrissement).
Malnutrition aiguë globale (MAG)	La MAG est un indicateur au niveau de la population de la malnutrition aiguë générale définie par la présence d'œdèmes bilatéraux ou émaciation définie par un rapport P/T < -2 z-score à la médiane (normes OMS ou référence NCHS). La MAG est répartie en malnutrition aiguë modérée et malnutrition aiguë sévère (MAG = MAS + MAM) (les pourcentages sont pondérés).
Malnutrition aiguë modérée	MAM, ou émaciation modérée, est définie par un PB ≥ 115 mm et < 125 mm ou un rapport poids-taille ≥ -3 et < -2 z-score de la médiane (normes OMS)

(MAM)	La MAM est également un indicateur au niveau de la population défini par une émaciation modérée identifié par un rapport P/T ≥ -3 et < -2 z-score à la médiane (normes OMS ou référence NCHS).
Malnutrition aiguë sévère (MAS)	MAS est définie par la présence d'œdèmes bilatéraux ou par l'émaciation grave, définie par un PB < 115 mm ou un rapport P/T < -3 z-score à la médiane (normes OMS). Un enfant avec MAS est très vulnérable et exposé à un risque élevé de mortalité. La MAS est également un indicateur au niveau de la population défini par la présence d'œdèmes bilatéraux et/ou une émaciation grave identifié par un rapport poids-taille < -3 z-score à la médiane (normes OMS ou référence NCHS).
Malnutrition œdémateuse	Voir **Œdèmes bilatéraux**
Marasme	Voir **Emaciation grave**
Normes OMS	Les normes de croissance de l'enfant de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) 2006
Normes Sphère	Le projet Sphère a fixé des normes minimales pour les interventions lors de catastrophes ainsi que des indicateurs pour décrire le niveau d'assistance en cas de catastrophe auquel tous les gens ont droit. (Normes Sphère) www.sphereproject.org
Œdèmes bilatéraux	Les œdèmes bilatéraux gardant le godet sont appelés également œdèmes nutritionnels, kwashiorkor ou malnutrition œdémateuse. Les œdèmes bilatéraux sont un signe de malnutrition aiguë sévère (MAS). Elle est définie par les œdèmes bilatéraux sur les pieds et vérifiée si la pression du doigt appliquée au haut de chaque pied pendant trois secondes laisse une empreinte sur le pied une fois les doigts enlevés. C'est une infiltration anormale et une accumulation excessive de sérosité dans les tissus sous-cutané et sous-muqueux. Les œdèmes bilatéraux sont classés dans les catégories suivantes : Faibles: œdèmes bilatéraux sur les deux pieds (peut inclure les chevilles), degré + ; Modérés: œdèmes bilatéraux sur les deux pieds, parties inférieures de la jambe, mains et parties inférieures des bras, degré ++ ; Graves: œdèmes bilatéraux généralisés sur les deux pieds, les jambes, les mains, les bras et le visage, degré +++
Œdèmes nutritionnels	Voir **Œdèmes bilatéraux**
Prise en charge à base communautaire de la malnutrition aiguë (PCMA)	La PCMA concerne le traitement de la malnutrition aiguë dans le cadre des approches suivantes : 1) PEC MAS hospitalière pour les enfants 6-59 mois avec MAS avec complications médicales, les nourrissons de moins de 6 mois avec MAS ; et les autres groupes d'âge avec MAS ; 2) PEC MAS ambulatoire pour les enfants 6-59 mois avec MAS sans complications médicales ; 3) services d'extension communautaire ; et 4) PEC MAM (selon le contexte). La PCMA a été mise au point à partir de la 'Community-based Therapeutic Care' (CTC) ou la prise en charge thérapeutique à base communautaire dont les volets sont l'extension communautaire, les programmes de nutrition supplémentaire (PNS), les programmes thérapeutiques ambulatoires (PTA) et les centres de stabilisation (CS).
Prise en charge d'une maladie	La prise en charge (PEC) d'une maladie donnée suppose la prévention, le dépistage, la référence vers les services de traitement, le traitement, le suivi ainsi que la prévention de la récidive de la maladie.
Prise en charge de la	**La PEC MAM concerne la prise en charge des enfants de 6 à 59 mois**

malnutrition aiguë modérée (PEC MAM)	**avec MAM avec un aliment de supplémentation**. **Les enfants participent à des séances de suivi (toutes les deux semaines)** au site PEC MAM jusqu'à la fin du traitement selon les critères de sortie de la PCMA (généralement deux à quatre mois selon les directives).
Prise en charge de la malnutrition aiguë sévère en soins ambulatoires (PEC MAS ambulatoire)	**La PEC MAS ambulatoire concerne la prise en charge des enfants de 6 à 59 mois avec MAS sans complications médicales dans une structure sanitaire avec soins ambulatoires.** A l'admission, les enfants y reçoivent un traitement médical systématique et une récupération nutritionnelle avec un ATPE. **Ensuite les enfants participent à des séances de suivi hebdomadaires** au site PEC MAS ambulatoire ou leur progrès est évalué et l'ATPE est fourni selon leur poids jusqu'à la fin du traitement selon les critères de sortie de la PCMA (généralement pour une période de deux mois).
Prise en charge de la malnutrition aiguë sévère en soins hospitaliers (PEC MAS hospitalière)	**La PEC MAS hospitalière concerne la prise en charge des enfants de 6 à 59 mois avec MAS avec complications médicales dans une structure sanitaire avec soins hospitaliers** jusqu'à ce que leur état médical et nutritionnel soit stabilisé et que la complication soit résolue (généralement quatre à sept jours). Leur traitement continue ensuite dans la PEC MAS ambulatoire jusqu'à la fin du traitement selon les critères de sortie de la PCMA. **Les autres groupes d'âges avec MAS nécessitent la PEC MAS hospitalière** jusqu'à la fin du traitement selon les critères de sortie de la PCMA (fin de traitement).
Proportion de couverture	La proportion de couverture PCMA est exprimée sous forme de rapport entre le nombre d' enfants avec MAS suivant un traitement (a) et le nombre total d'enfants avec MAS identifiés dans la communauté (a + b) à un moment donné dans une aire sanitaire avec soins de la PCMA. [proportion de couverture = a/(a + b)]
Référence	Lorsque l'enfant est envoyé ou orienté vers un autre niveau de traitement plus haut pour des raisons médicales tout en restant dans la PCMA.
Référence communautaire	Dépistage au niveau communautaire d'un enfant souffrant de malnutrition aiguë et orientation de cet enfant vers une structure sanitaire en vue de la PCMA
Référence NCHS	La référence de croissance de l'enfant du National Center for Health Statistics (NCHS)
Retard de croissance staturale	Le retard de croissance staturale ou petite taille est une forme de malnutrition chronique de sous-nutrition. Le petite taille est imputable à une longue période de sous-alimentation, souvent commençant avant la naissance. Il est défini par un rapport taille-âge (T/A) <-2 z-score à la médiane (normes OMS). Ce sont les programmes de santé maternelle préventive ciblant les femmes enceintes, les nourrissons et les enfants de moins de deux ans qui sont le meilleur véhicule pour combattre ce type de malnutrition. Les réponses programmatiques à la malnutrition chronique reposent sur une planification et des politiques à long terme.
Soins de santé	Par soins de santé, on entend prévention, traitement et prise en charge de la maladie et préservation du bien-être mental et physique par le biais de services prodigués par le personnel de santé. Soins de santé recoupent tous les biens et services conçus pour promouvoir la santé, dont les interventions préventives, curatives et palliatives, qu'elles soient destinées aux individus ou aux populations.
Soins de santé de routine	Les soins de santé de routine sont assurés systématiquement dans les

	structures sanitaires en fonction des capacités du personnel et des ressources. Ils regroupent l'enveloppe de soins essentiels et d'autres services.
Sous-nutrition	La sous-nutrition est une conséquence de la sous-alimentation et/ou d'une malabsorption des aliments par le corps. Les différentes formes de sous-alimentation qui peuvent se présenter isolément ou conjointement sont les suivantes : malnutrition aiguë (œdèmes bilatéraux et/ou émaciation), retard de croissance staturale (ou petite taille), insuffisance pondérale (forme combinée de l'émaciation et retard de croissance staturale), et carences en micronutriments.
Système de santé	Un système de santé comprend tout le personnel, les services, programmes, structures, ressources et politiques associés à la promotion, à la prévention, au rétablissement et au maintien de la santé.
Système de soins de santé	Un système de soins de santé concerne l'offre organisée des prestations sanitaires.
Test d'appétit	L'appétit est le facteur décisif régissant la participation à la prise en charge de la MAS en soins ambulatoires (PEC MAS ambulatoire). Le test d'appétit est fait au moment de l'admission au PCMA et à toutes les séances de suivi pour vérifier que l'enfant peut manger les aliments thérapeutiques prêts à l'emploi (ATPE). La PEC MAS hospitalière est indiquée si l'enfant n'a pas d'appétit.
Transférer les responsabilités de la PCMA	Lorsque les rôles et les responsabilités de la PCMA sont passés de l'organisation non gouvernementale (ONG) au MS. L'ONG ou autre partenaire peut continuer à apporter un certain soutien financier ou appui technique selon le type de transfert (par exemple, pour l'achat et le transport des fournitures ou pour la formation) mais c'est le personnel du MS qui est chargé de la planification de la PCMA et de la prestation de la PCMA.
Transition d'un programme	La transition concerne l'étape de planification et de préparation menant au transfert progressif des rôles et responsabilités des services de la PCMA des ONG au MS, jusqu'à ce que toutes les responsabilités soient effectivement transférées.

DOCUMENT 1.3
Références et lectures complémentaires

Module UN : Vue d'ensemble de la prise en charge à base communautaire de la malnutrition aiguë (PCMA)

- Caulfield, L., M. de Onis, M. Blössner and R. Black. 2004. Undernutrition as an underlying cause of child deaths associated with diarrhea, pneumonia, malaria, and measles. *American Journal of Clinical Nutrition* 80:193-8.
- Collins, S. 2004. Community-based therapeutic care: A new paradigm for selective feeding in nutritional crisis. *Humanitarian Practice Network Paper 48*, ODA. www.validinternational.org.
- Collins, S. et al. 2006. Management of severe acute malnutrition in children. *Lancet* 368: 1992-2000. www.validinternational.org.
- Collins, S. and Yates, R. 2003. The need to update the classification of acute malnutrition. *Lancet* 362: 249.
- Diop, E. et al. 2003. Comparison of the efficacy of a solid ready to use food and liquid milk based diet for the rehabilitation of severely malnourished children: a randomized trial. *American Journal of Clinical Nutrition* 78: 302-7.
- Emergency Nutrition Network (ENN) et al. 2004. Module 2 in *Infant Feeding in Emergencies* (December). www.ennonline.net.
- Gatchell, V., V. Forsythe and P. Rees Thomas. The sustainability of Community-based Therapeutic Care (CTC) in non-acute emergency contexts. WHO Technical Background Paper.
- http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/CBSM/tbp_5.pdf
- Gross, R. and P. Webb. 2006. Wasted time for wasted children: severe child undernutrition must be resolved in non-emergency settings. *Lancet* 367: 1209-1211. www.thelancet.com.
- Save the Children US, Concern Worldwide and FANTA/AED. 2005. Inter-agency meeting Feb 28-March 2. Presentations and ENN report on the meeting. www.fantaproject.org/focus/emergency.
- WHO, WFP, UN/SCN and UNICEF. 2006. Informal consultation on the community-based management of severe malnutrition in children, *Food and Nutrition Bulletin,* Vol. 27, No. 3 (supplement). www.fantaproject.org.
- WHO, WFP, the UN/SCN and UNICEF. 2007. Community-based management of severe acute malnutrition: A joint statement.

Module DEUX: Définir et mesurer la malnutrition aiguë

- WHO Department of Health and Development. 2002. *Training Course on the Management of Severe Malnutrition*. Geneva: WHO.
- WHO. 1983. *Measuring Change in Nutritional Status*. Geneva: WHO.
- WHO. 2000. *Management of Nutrition in Major Emergencies*. Geneva: WHO.
- Young, Helen and Susanne Jaspars. 2006. The meaning and measurement of acute malnutrition in emergencies. A primer for decision-makers. ODI, Humanitarian Practice Network Paper No. 56, November.

- Reference material on weight and height equipment, where to purchase equipment and available kits: http://www.fantaproject.org/downloads/pdfs/anthro_4.pdf
- WHO Child Growth Standards. http://www.who.int/childgrowth/standards/

Module TROIS : L'extension communautaire

- Valid International. 2006. *Community-based Therapeutic Care (CTC) A Field Manual.* Oxford: Valid International. www.validinternational.org
- Emergency Nutrition Network (ENN). 2005. Operational Challenges of Implementing Community Therapeutic Care, ENN Report on an Interagency Workshop (Washington: February 28-March 2).
- Saul Guerrero. 2007. *Impact of non-admission on CTC program coverage*. Field Exchange, 31: 28-30, September.

Module QUATRE : La prise en charge ambulatoire de la malnutrition aiguë sévère

- Valid International. 2006. *Community-based Therapeutic Care (CTC): A Field Manual.* Oxford: Valid International.
- WHO. 2008. Draft guidelines for health managers (not yet released).
- National guidelines for CMAM
- WHO or national guidelines for Integrated Management of Childhood Illness (IMCI)

Module CINQ : La prise en charge hospitalière de la malnutrition aiguë sévère

- Collins, S, A. Duffield and M. Myatt. 2000. Adults: Assessment of nutritional status in emergency affected populations, *RNIS Supplement,* ACC/SCN (July).
- ENN, IBFAN, Terre des Hommes, UNHCR, UNICEF, WFP, WHO. 2004. The Young Severely Malnourished Infant (chapter 8) in *Infant Feeding in Emergencies*, Module 2, version 1.0 for health and nutrition workers in emergency situations. www.ennonline.net
- The Sphere Project, *Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response*. 2004 édition. www.sphereproject.org
- WHO. 2003. Guidelines for the inpatient treatment of severely malnourished children. Geneva.
- WHO/UNICEF. 2000. *Management of the Child with Serious Infection or Severe Malnutrition: Guidelines for Care at the First-Referral Level in Developing Countries*. www.who.int/child-adolescent-health/publications/CHILD_HEALTH/WHO_FCH_CAH_00.1.htm
- WHO. 1999. *Management of Severe Malnutrition: A Manual for Physicians and Other Senior Health Workers*. Geneva. www.who.int/nut/publications
- WHO. 2004. Report on a consultation to review current literature on severe malnutrition. Geneva.
- WHO. 2002. *Training Course on the Management of Severe Malnutrition.* Geneva.
- Woodruff, B. and A. Duffield. 2000. Adolescents: Assessment of nutritional status in emergency affected populations. *RNIS Supplement,* ACC/SCN (July). www.unsystem.org/SCN/publications
- Indicates document is included in the Supplemental Reference Packet

Module SIX : La prise en charge de la malnutrition aiguë modérée

- WHO. 2000. The Management of Nutrition in Major Emergencies. Geneva.
- Médecins Sans Frontières (MSF). 2004. Nutrition Guidelines (revised), draft.
- WFP/UNHCR. 1999. Guidelines for Selective Feeding in Emergencies.
- The Sphere Project. 2004. Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response. www.sphereproject.org
- WFP/UNHCR. 2000. Food and Nutrition Needs in Emergencies
- USAID, Commodities Reference Guide. www.usaid.gov/our_work/humanitarain_assistance/ffp/grg
- WHO/UNICEF. 2000. Management of the Child with Serious Infection or Severe Malnutrition: Guidelines for Care at the First-Referral Level in Developing Countries. www.who.int/child-adolescent-health/publications/CHILD_HEALTH/WHO_FCH_CAH_00.1.htm

Module SEPT : La planification de la PCMA au niveau district

- Valid International. 2006. Community-based Therapeutic Care (CTC): A Field Manual. Oxford: Valid International. www.validinternational.org.
- Standardized monitoring and assessments for relief and transition (SMART), "Measuring mortality, nutritional status and food security in crisis situations (interpretation)." www.smartindicators.org.
- The Sphere Project. 2004. Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response. www.sphereproject.org.
- UNICEF. 1990. Strategy for Improved Nutrition of Children and Women in Developing Countries. New York: UNICEF Program Division.
- WHO. 2007. Reference manual for policy makers and programme managers. Draft, December.

Module HUIT : Le suivi et les rapports pour la PCMA

- Valid International. 2006. *Community-based Therapeutic Care: A Field Manual.* Oxford: Valid International. Chapters 9 & 10.

DOCUMENT 1.4
Informations essentielles sur la sous-nutrition

QU'EST-CE QUE LA SOUS-NUTRITION ?

La sous-nutrition est une conséquence de la sous-alimentation et/ou d'une malabsorption des aliments par le corps. Elle peut prendre les formes suivantes (isolées ou combinées) :

- Malnutrition aiguë
- Retard de croissance staturale (petite taille)
- Insuffisance pondérale
- Carence en micronutriments

Remarque : la malnutrition englobe aussi bien la surnutrition (obésité) que la sous-nutrition. Le terme malnutrition aiguë dans ce document concerne la sous-nutrition.

La sous-nutrition sous toutes ses formes est un problème de santé publique grave et un facteur sous-jacent dans plus de 50% des 10 millions de décès liés à des causes évitables chez les enfants de moins de 5 ans, chaque année.[1] Les quatre types de sous-nutrition peuvent exister parallèlement chez le même enfant.

Indicateurs de la sous-nutrition :

Indicateurs	Malnutrition aiguë	Retard de croissance staturale (Petite taille)	Insuffisance pondérale	Carences en micronutriments
Anthropo-métrie	Faible périmètre brachial (PB) ou faible indice poids-taille (P/T)	Faible indice taille-âge (T/A)	Faible indice poids-âge (P/A), combinant émaciation et petite taille	
Signes cliniques	Emaciation Présence d'œdèmes bilatéraux Manque d'appétit Autres : dermatoses, signes oculaires			Signes cliniques spécifiques à la carence
Marqueurs				Marqueurs chimiques

QU'EST-CE QUE LA MALNUTRITION AIGUË ?

La malnutrition aiguë est causée par une réduction de la consommation alimentaire et/ou une maladie entraînant une malabsorption ou un manque d'appétit provoquant des œdèmes bilatéraux ou

[1] Caulfield, L., M. de Onis, M. Blössner and R. Black. 2004. Undernutrition as an underlying cause of child deaths associated with diarrhea, pneumonia, malaria, and measles. *American Journal of Clinical Nutrition* 80:193-8.

une chute soudaine de poids. Elle est définie par la présence d'œdèmes bilatéraux ou par l'émaciation. Un enfant avec une malnutrition aiguë est très vulnérable et exposé à un risque élevé de mortalité.

La malnutrition aiguë est définie par une émaciation qui est identifiée en fonction d'un périmètre brachial (PB) < 125 mm ou d'un rapport P/T < -2 z-score de la médiane (normes OMS).

La malnutrition aiguë modérée (MAM) est définie par une émaciation modérée qui est identifiée en fonction d'un périmètre brachial (PB) ≥ 115 mm et < 125 mm ou d'un rapport P/T ≥ -3 et < -2 z-score de la médiane (normes OMS).

La malnutrition aiguë sévère (MAS) est définie par la présence d'œdèmes bilatéraux ou une émaciation grave, qui est identifiée en fonction d'un PB < 115 mm ou d'un rapport P/T < -3 z-score de la médiane (normes OMS). L'association des complications médicales avec la MAS est la forme la plus grave de MAS, avec le manque d'appétit comme signe clinique de gravité importante.

Les œdèmes bilatéraux sont un signe clinique de malnutrition aiguë sévère et sont causés par une infiltration anormale ou une accumulation excessive de sérosité dans les tissus sous-cutanés. Les œdèmes bilatéraux (également appelé kwashiorkor) sont vérifiés si la pression du pouce appliquée au haut de chaque pied pendant trois secondes laisse une empreinte gardant le godet une fois le doigt enlevé.

La malnutrition aiguë comprend la malnutrition aiguë sévère (MAS) et la malnutrition aiguë modérée (MAM) et elle comporte les indicateurs anthropométriques (avec seuils) et signes cliniques suivants:

	Œdèmes bilatéraux	**Manque d'appétit et complications médicales**	**PB**	**Rapport P/T z-score** (normes OMS)
MAS:	Présents	Possible	< 115 mm	< -3 z-score
MAM:	Ne sont pas présents	Possible	≥ 115 mm and < 125 mm	≥ -3 and < -2

POURQUOI SE CONCENTRER SUR LA MALNUTRITION AIGUË ?

- L'Organisation mondiale de la Santé (OMS), Le Programme alimentaire mondial (PAM), la Commission permanente de la Nutrition (UN/SCN), et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) estiment que pratiquement 20 millions d'enfants souffrent de MAS dans le monde entier et que la MAS est la cause de plus d'un million de décès chez les enfants de moins de 5 ans.

- On s'entend sur le rôle de l'insuffisance pondérale (faible rapport poids-âge) et le retard de croissance staturale (faible rapport taille-âge) dans la morbidité et mortalité infantiles. Aussi, les programmes de développement (la promotion de la croissance de l'enfant à assise communautaire [PCAC], la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance [PCIME]) et les interventions de survie de l'enfant se concentrent sur ces formes de sous-nutrition. Jusqu'à récemment, la malnutrition aiguë n'a guère été reconnue en dehors des interventions d'urgence à titre humanitaire ou des centres hospitaliers de référence.

- Depuis les années 90, il existe un protocole de la prise en charge de la MAS très efficace avec un faible taux de mortalité. Grâce à la disponibilité de l'aliment thérapeutique prêt à l'emploi (ATPE) et à l'approche de la PCMA au début des années 2000, il est possible à présent d'étendre à grande échelle la prise en charge de la malnutrition aiguë en élargissant l'accès et la couverture.

- Un plus grand nombre d'enfants est affecté par l'insuffisance pondérale et la petite taille que par la malnutrition aiguë, ce qui démontre qu'il existe un risque de mortalité plus élevé associé à la malnutrition aiguë. La PCMA à l'aide d'un traitement efficace à grande échelle aura un impact significatif sur la mortalité au niveau de la population (voir la série The Lancet 2008 « sous-nutrition maternelle et infantile » pour de plus amples détails)

- La malnutrition aiguë se présente dans des contextes d'urgence et de non urgence bien qu'il soit parfois difficile de délimiter entre les deux :

  - Un grand nombre de pays connaissent des urgences qui se prolongent (Soudan du Sud, République démocratique du Congo).
  - Certains contextes de non-conflit comme l'Inde ont une malnutrition aiguë globale (MAG) à cause de la pauvreté.
  - Le nombre de cas de malnutrition aiguë dans un pays est déterminé par la prévalence et la population totale. Les deux sont élevées au Pakistan et en Inde. Aussi, une concentration élevée de cas peut-elle se présenter en dehors des urgences très visibles.

- Les enfants ont droit au traitement pour la malnutrition aiguë, comme pour les autres maladies (paludisme, pneumonie), peu importe où ils vivent. Il est vital de trouver les moyens de les atteindre à court, moyen et long termes.

- D'autres facteurs comme la prévalence des personnes atteintes du virus immunodéficience humaine (VIH) peuvent mener à des niveaux élevés de MAS même lorsque la prévalence de la MAG est faible (par exemple, au Malawi).

DOCUMENT 1.5
Principes de la PCMA

1. ÉLARGIR AU MAXIMUM L'ACCÈS ET LA COUVERTURE

But: Rapprocher le traitement du domicile des gens et rendre l'accès aux soins moins cher en organisant autant de sites décentralisés que possible pour la prise en charge à base communautaire de la malnutrition aiguë (PCMA), surtout pour la prise en charge ambulatoire de la MAS (PEC MAS ambulatoire) qui nécessite des séances de suivi hebdomadaires ou bimensuelles aux structures sanitaires.

- La PEC MAS ambulatoire peut être dispensée par différents agents de santé qualifiés. Aussi n'a-t-on pas tant besoin de cliniciens hautement qualifié.
- En dispensant la PEC MAS ambulatoire proche du domicile, on réduit le surcoût et on dérange moins la vie familiale

2. CARACTÈRE OPPORTUN

But : Démarrer le traitement avant que n'apparaissent les maladies graves mettant la vie de l'enfant en danger.

- Une solide extension communautaire permet le dépistage précoce de la MAS et ainsi, les enfants sont identifiés, référés et traités à temps.
- Des soins décentralisés permettent de présenter rapidement l'enfant car les familles peuvent être référées vers les structures de santé avec la PCMA proches du domicile.

3. SOINS MÉDICAUX ET RÉCUPÉRATION NUTRITIONNELLE APPROPRIÉS

But : Apporter le traitement indiqué aux enfants qui en ont besoin.

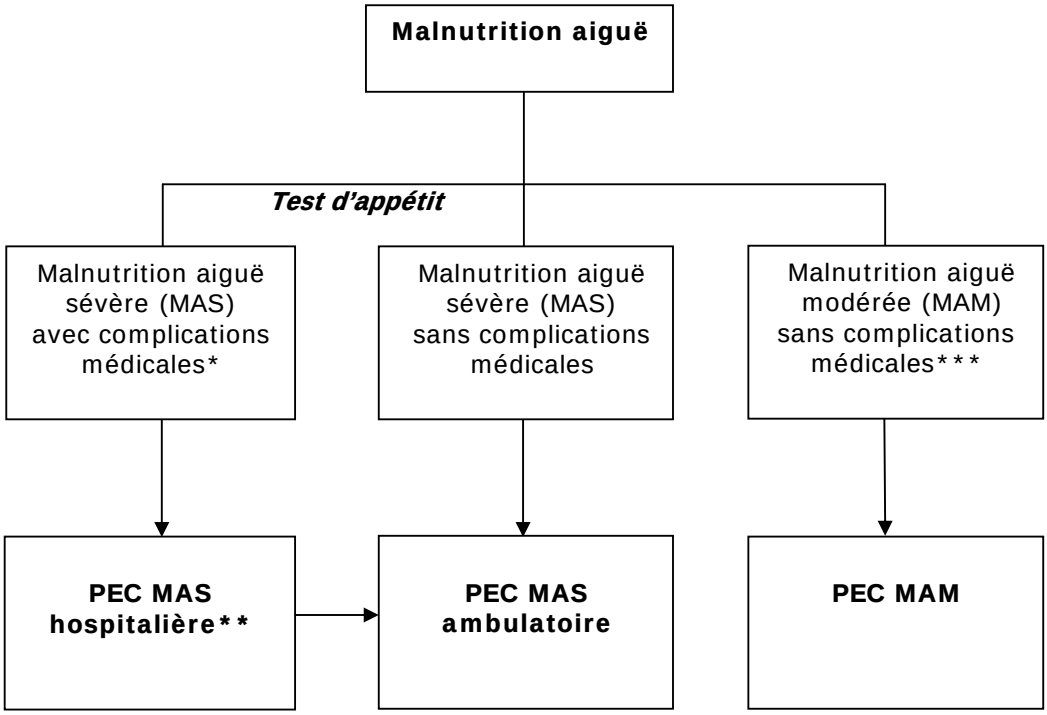
- Dans le cadre de la PCMA, on reconnaît que la gravité de la maladie chez les enfants avec MAS peut varier grandement. Aussi ceux avec MAS qui ont des complications médicales ou un manque d'appétit sont référés vers les structures sanitaires avec prise en charge hospitalière de la MAS (PEC MAS hospitalière). Ceux avec MAS qui n'ont pas de complications médicales et qui ont de l'appétit sont référés vers la PEC MAS ambulatoire.
- Une fois les enfants reconnus avec une malnutrition aiguë, ils seront envoyés à un agent de santé ayant la compétence nécessaire pour les évaluer.

4. SOINS AUSSI LONGTEMPS QUE NÉCESSAIRE

But : Diminuer les barrières à l'accès et éviter les rechutes.

- Les soins sont conçus pour minimiser les abandons afin de vérifier que les enfants restent dans le programme de soins jusqu'à ce qu'ils récupèrent
- Une solide extension communautaire aide à identifier et à réduire les barrières entravant l'accès et la fréquentation de la PCMA.
- Une solide capacité pour les soins de sante est indispensable pour vérifier que le traitement peut être dispensé régulièrement et qu'il est dispensé aussi longtemps que nécessaire et que les fournitures sont constamment disponibles.

DOCUMENT 1.6
Classification de la malnutrition aiguë pour la PCMA



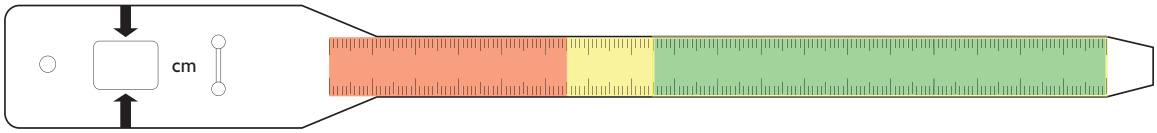
* Les complications médicales sont les suivantes : œdèmes bilatéraux sévères, kwashiorkor avec marasme, manque d'appétit ou anorexie, vomissements persistants, convulsions, léthargie ou apathie, perte de connaissance, infections des voies respiratoires inférieures, fièvre élevée, grave déshydratation, grave anémie, hypoglycémie, hypothermie, lésions cutanées, et signes oculaires d'avitaminose A.

**Autres cas admis à la PEC MAS hospitalière : nourrissons de moins de 6 mois avec MAS (œdèmes bilatéraux ou émaciation visible), enfants de plus de 6 mois avec poids inférieur à 4 kg et enfants avec MAS en traitement PEC MAS ambulatoire avec un état de sante qui s'aggrave (suivant le protocole d'action de PEC MAS ambulatoire).

*** Les enfants avec MAM et complications médicales sont hospitalisés et reçoivent un aliment adéquat selon leur état nutritionnel et reviennent à la PEC MAM lorsque les complications médicales sont résolues.

DOCUMENT 1.7
Dépistage et référence pour admission à la PCMA en utilisant le PB

BRACELET POUR MESURER LE PÉRIMÈTRE BRACHIAL (PB)



LE PB EST UTILISÉ POUR LE DÉPISTAGE COMMUNAUTAIRE ET L'ADMISSION À LA PCMA

Pour les enfants de 6 à 59 mois :

ROUGE	MAS	PB < 115 mm et/ou œdèmes bilatéraux
JAUNE	MAM	PB ≥ 115 mm and < 125 mm
VERT	Normal	PB ≥ 125 mm

- Le PB est recommandé comme étant le meilleur outil pour des soins efficaces de la PCMA. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2007) a validé le PB comme un critère indépendant d'admission à la PCMA. Par ailleurs, les directives nationales stipuleront peut-être que le rapport P/T doit être utilisé en plus du PB, mais indépendamment.

- Un PB < 115 mm indique une émaciation grave chez des enfants âgés de 6 à 59 mois. Un PB ≥ 115 mm et < 125 mm indique une émaciation modérée (seuils débattus).

- Les enfants âgés de 6 à 59 mois qui sont référés par la communauté avec un PB rouge (<115 mm) sont automatiquement admis à la PEC MAS ambulatoire s'ils ont de l'appétit et pas de complications médicales.

- Dans certaines situations, les seuils seront ajustés pour tenir compte des ressources disponibles. Par exemple, certains pays comme l'Ethiopie utilisent un PB < 120 mm comme seuil d'admission à la PEC MAM.

DÉPISTAGE ET ADMISSION EN UTILISANT LE PB

- La mesure du PB est simple, rapide, exacte et peu chère. Des bracelets PB avec des codes de couleurs conviennent bien et pourront être utilisés par des personnes qui ne savent pas lire mais qu'on aura formées à la mesure du PB.

- Le dépistage de la malnutrition aiguë à l'aide d'un bracelet PB aide les gens dans la communauté à mieux reconnaître les enfants qui ont besoin d'un traitement : ceux qui sont très maigres (un PB rouge).

- La mesure du PB retient automatiquement les enfants plus jeunes, c'est-à-dire ceux qui courent le plus grand risque.

- Le PB est un meilleur indicateur du risque de mortalité associé à la sous-nutrition que le rapport P/T.[2]

- Le PB ne suppose qu'une seule mesure alors que le rapport P/T demande deux mesures et un calcul. Aussi, y a-t-il moins de risques d'erreur qu'avec le rapport P/T et cela prend moins de temps.

- L'admission uniquement en fonction du PB réduit les risques de voir les enfants rejetés au site PEC MAS ambulatoire car une référence en fonction du PB donne droit automatiquement à l'admission.

Aspects à envisager en utilisant le PB

- Le PB et le rapport P/T identifieront des groupes d'enfants légèrement différents comme ayant une MAS. Certains enfants avec un PB < 115 mm peuvent avoir un rapport P/T > -3 z-score de la médiane (normes OMS) et vice versa. Aussi, différents critères de sortie (fin de traitement) s'appliquent selon les modes d'admission, qui comprennent également les œdèmes bilatéraux.

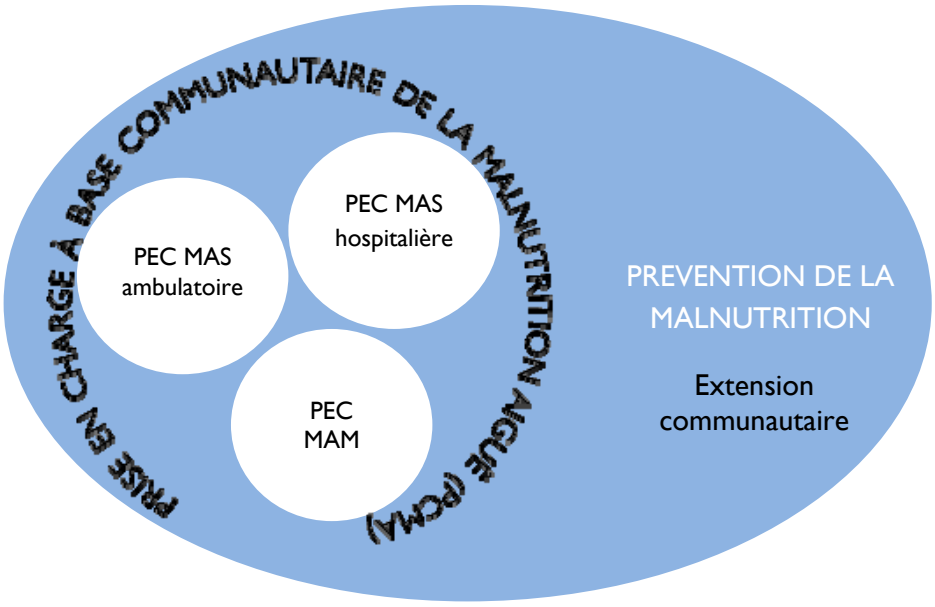
- Pour vérifier l'âge d'un nourrisson pour décider si on peut utiliser la mesure PB, on peut l'estimer en demandant à la mère ou accompagnant(e) de l'enfant. Si ce n'est pas possible et que le nourrisson parait assez grand, on peut faire le test d'appétit avec l'aliment thérapeutique prêt à l'emploi [ATPE]. En effet, si le nourrisson peut bien avaler l'ATPE, il ou elle peut être traité sans risques dans la PEC MAS ambulatoire s'il souffre de MAS.

- Il n'est pas conseillé de se baser sur la taille pour estimer l'âge du nourrisson, car dans les populations atteintes de malnutrition aiguë trop de nourrissons auront une petite taille. On risque ensuite de ne pas identifier une malnutrition aiguë chez les nourrissons avec un âge de 6 mois ou plus avec une petite taille.

- Les agents de santé doivent être formés et suivis régulièrement pour la standardisation des mesures du PB.

[2] Myatt et al (2007), FNB or www.who.int/child_adolescent_health/New_Publications/nutrition/CBSM/tbp_1.pdf.

DOCUMENT 1.8
Composantes de la PCMA et comment elles s'enclenchent



1. L'extension communautaire englobe les éléments suivants :

- Evaluation et mobilisation communautaires
- Dépistage communautaire pour assurer la recherche des cas précoces et la référence à la PCMA
- Education et sensibilisation de la communauté pour qu'elle sache quand et comment amener les enfants aux activités de dépistage et à la PCMA
- Visite de suivi à domicile des cas à risque

Cherchant à rendre l'extension la plus efficace possible, la PCMA cherche en priorité à:

- Comprendre les barrières locales entravant l'accès et la fréquentation des soins
- Expliquer la malnutrition aiguë et les objectifs de la PCMA en utilisant les termes locaux bien compréhensibles
- Engager toute une gamme d'institutions locales et de systèmes formels et informels, et initiatives d'extension communautaire

2. La PEC MAS ambulatoire est fournie aux enfants de 6-59 mois avec malnutrition aiguë sévère (MAS) , qui ont de l'appétit et qui n'ont pas de complications médicales. Les soins suivants sont dispensés à l'admission et aux séances de suivi de la PEC MAS ambulatoire :

- Evaluation médicale et suivi anthropométrique
- Test d'appétit
- Référence si nécessaire (basé sur un protocole d'action)
- Traitement médical de base
- Récupération nutritionnelle avec l'aliment thérapeutique prêt à l'emploi (ATPE)
- Education sanitaire et nutritionnelle
- Support psychosocial de la mère et l'enfant
- Liaison avec d'autres services communautaires

L'évaluation médicale, le suivi anthropométrique et le traitement suivent de simples protocoles médicaux.

3. La PEC MAS hospitalière est fournie aux nourrissons de moins de 6 mois avec MAS et aux enfants de 6 à 59 mois avec MAS et complications médicales et/ou manque d'appétit.

- Traitement d'urgence pour les complications médicales selon des protocoles OMS ou nationaux pour MAS avec complications médicales
- Evaluation médicale et suivi anthropométrique
- Traitement médical de base
- Récupération nutritionnelle avec le lait thérapeutique (ou ATPE)
- Education sanitaire et nutritionnelle
- Support psychosocial de la mère et l'enfant
- Les enfants de 6 à 59 mois reviennent à la PEC MAS ambulatoire lorsque la complication médicale est résolue et que l'appétit est revenu
- Les nourrissons reçoivent un traitement spécialisé jusqu'à ce que le critère de sortie PCMA soit atteint

4. **La PEC MAM** peut être fournie dans le cadre de la PCMA ou de programmes de nutrition supplémentaire (PNS). Lorsque de tels soins n'existent pas, des liens peuvent être établis avec d'autres programmes de prévention et de traitement.

RÉFÉRENCE ENTRE LES COMPOSANTES DE LA PCMA

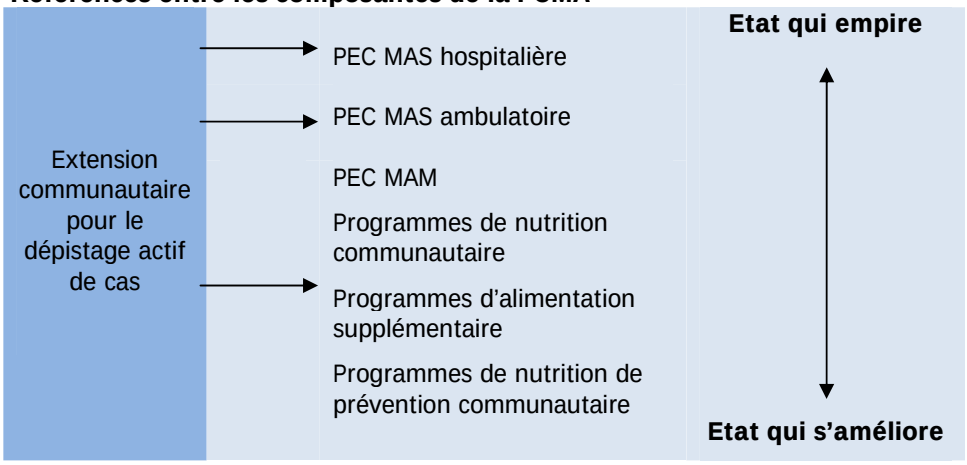
Les références vers la PCMA commencent dans le système d'extension communautaire qui engendre un dépistage actif de cas et l'autoréférence par les membres communautaires.

Les références entre les composantes de la PCMA suivent des critères établis. Les enfants qui ont d'abord été admis à la PEC MAS hospitalière passeront à la PEC MAS ambulatoire dès que leur complication médicale est résolue et que leur appétit est revenu. Et, à leur sortie de PCMA, les enfants seront référés vers le PEC MAS ou autres soins ou programmes nutritionnels à assise communautaire.

Il est indispensable d'avoir une référence efficace et harmonieuse entre les composantes PCMA. Les éléments suivants viennent la faciliter:

- Le protocole d'action en PEC MAS ambulatoire
- L'utilisation du billet de référence, vérifiant que toute l'information nécessaire concernant l'enfant est donnée, y compris la raison pour laquelle la référence est faite
- Une bonne communication entre les agents de santé de PEC MAS hospitalière et ambulatoire
- Les visites de suivi à domicile des enfants référés pour les cas à risque.

Références entre les composantes de la PCMA



DOCUMENT 1.9
Etudes de cas

Etude de cas 1 : Une intervention d'urgence au Niger
(mise en œuvre par une ONG - ne visait pas la durabilité à long terme)

En 2005, intervenant à une échelle impensable il y a cinq ans, Médecins Sans Frontières (MSF) a pris en charge 60 000 enfants avec malnutrition aiguë au Niger avec un aliment thérapeutique prêt à l'emploi (ATPE). Les enfants nécessitant le PEC MAS hospitalière ont été transportés dans une structure sanitaire. L'intervention a obtenu de bons résultats (mortalité < 5%) en l'espace de 6 à 12 mois. Cette intervention a sauvé de nombreuses vies mais elle cherchait surtout à répondre à une situation d'urgence plutôt qu'à installer une capacité durable car elle n'était pas intégrée au système de santé. De plus, le programme n'a pas fait de dépistage actif et les soins étaient connus par la mobilisation communautaire et le simple bouche à oreille. La couverture était inconnue. L'approche de la PCMA de MSF s'inscrit dans le modèle de réponse d'urgence sur le plan santé et nutrition.

Etude de cas 2 : Intégration de la PCMA en Zambie

En 2005, s'inspirant des expériences de l'Ethiopie et du Malawi, Valid International a travaillé avec le ministère de la santé (MS) à Lusaka en Zambie, pour concevoir et mettre en place un programme intégré de la PCMA. Le MS a mis en œuvre le programme dès le début et Valid a apporté le soutien technique et gestionnaire. Les agents de santé des structures sanitaires du MS ont reçu une formation portant sur la PEC MAS ambulatoire de pair avec d'autres activités de soins de santé primaires. Les agents de santé des hôpitaux ont également reçu une formation portant sur la PEC MAS hospitalière et le système de référence vers la PEC MAS ambulatoire une fois que les enfants étaient stabilisés et avait repris de l'appétit. Des bénévoles ont été recrutés pour les activités d'extension communautaire et pour prêter assistance lors des séances de PEC MAS ambulatoire.

Lorsque ce programme a démarré, certaines organisations non gouvernementales (ONG) réalisaient déjà des programmes de nutrition supplémentaire (PNS) dans des centres de santé. La PEC MAS ambulatoire a été reliée directement aux PNS dans ces centres, référant les cas guéris vers la PEC MAM alors que les PNS renvoyait les cas avec états aggravants (contre-référence) vers la PEC MAS ambulatoire. Le programme a été déployé progressivement et s'est étendu lentement de 5 à 13 centres de santé partout à Lusaka. L'engagement du MS au niveau du district face au programme s'est avéré d'importance cruciale pour sa mise en œuvre et son intégration. Le MS a également créé un poste au sein de l'équipe de gestion sanitaire du district en charge des activités de la PCMA. Cette personne participe à la mise en œuvre quotidienne, à la supervision et à la planification, avec le soutien technique de Valid International.

Bien qu'il soit réalisé dans des centres de santé, le programme s'est heurté à divers obstacles dans sa mise en œuvre, notamment :

- Mettre en place une production locale à faible coût de l'ATPE (fonctionnant à présent)
- Relier les sites PEC MAS hospitalière et PEC MAS ambulatoire
- Garder les bénévoles communautaires motivés lorsque le programme n'offre pas d'incitations monétaires (d'autres activités « bénévoles » dans le système de santé offrent des indemnités journalières)
- Distribuer l'ATPE (actuellement, Valid International transporte et apporte ce produit aux dépôts centraux du MS et parfois directement aux centres de santé)
- Disponibilité limitée d'infirmiers et de nutritionnistes les jours des séances PEC MAS ambulatoire suite aux pénuries de personnel

- PEC MAS hospitalière dispensée à l'hôpital national : un grand nombre de personnes qui y sont traitées n'habitent pas à proximité d'un site PEC MAS ambulatoire et restent hospitalisées jusqu'à ce qu'elles aient entièrement récupéré leur poids. Si un site PEC MAS ambulatoire existait proche de leur domicile, ces enfants pourraient rentrer chez eux dès que leur état est stabilisé et qu'ils ont repris de l'appétit.
- Le financement pour le programme, provenant actuellement d'un bailleur de fonds externe, doit être intégré aux plans nationaux.

Remarque : On sait que l'intégration dès le départ est une manière bien plus viable de mettre sur pied un programme de PCMA. Par ailleurs, nous savons par expérience que le processus d'intégration et l'apport du soutien technique, logistique et, dans certains cas, gestionnaire, dans le but de renforcer la capacité a long terme prennent souvent des années. Il faut en tenir compte lors de l'étape de la planification.

Etude de cas 3: Urgence et transition en Ethiopie
(Démarrage par une ONG et transfert ultérieur prévu des responsabilités au MS et intégration au système de santé nationale)

Le programme PCMA de Concern Worldwide à Wollo en Ethiopie en 2003 était d'abord une intervention d'urgence en réponse aux prévalences de malnutrition aiguë globale (MAG) et de MAS élevées à forte utilisation d'intrants. Le programme a démarré dans des centres de santé et des hôpitaux à l'aide des agents de santé du MS et de l'ONG. Dès 2004, le MS a commencé à assumer la responsabilité de certaines activités. l'ONG et le MS ont formulé un plan spécifiant que l'ONG continuerait à apporter un soutien dans un rôle davantage au niveau de la supervision et de l'encadrement et faciliterait le cas échéant l'approvisionnement en ATPE. Cherchant à renforcer les soins de santé du MS à Wollo pour qu'il puisse assumer la PEC MAS ambulatoire, l'ONG a mis sur pied un programme de soins de santé primaires et soutient actuellement indirectement la PEC MAS ambulatoire et hospitalière par le biais de ce programme. D'après les données publiées dont on dispose, les taux de récupération et de couverture restent élevés.

Des résultats analogues ont été obtenus au Malawi où le MS a repris les activités et où les résultats du programme continuaient à dépasser les normes Sphère deux années après l'urgence. Concern Worldwide continue d'apporter un soutien financier et logistique pour l'achat et la distribution de l'ATPE, la formation ainsi que la supervision.

D'après l'expérience en Ethiopie, il est plus facile pour le MS de prendre en main les activités d'un programme après une urgence s'il est impliqué dès le début dans la planification et les activités et si les systèmes de supervision et de suivi sont intégrés dès le départ au système de santé national. L'expérience montre également que ce transfert de responsabilités se fait progressivement et demande un système de santé efficace qui fonctionne assez bien dans lequel les activités et une source fiable d'approvisionnement en ATPE peuvent être intégrées.

DOCUMENT 1.10
Mise en œuvre de la PCMA dans différents contextes

CONTEXTES D'URGENCE ET DE POST-URGENCE

- La PCMA est dispensée depuis 2001 dans des contextes d'urgence. Maintenant depuis peu, la PCMA est également dispensée dans des contextes de non urgence et dans les situations où les taux de prévalence du VIH sont élevés.

- Pour les programmes de la PCMA qui ont été démarrés par des ONG dans un contexte d'urgence et confiés ensuite au MS, les premiers résultats de performance après le transfert sont encourageants. Les données longitudinales sur les indicateurs au niveau des résultats sont nécessaires pour mieux juger dans le temps la performance et le maintien de la qualité des soins PCMA intégrés.

- Dans un contexte d'urgence, les interventions de la PCMA suivent une **hiérarchie d'interventions.** Ce sont les besoins du plus grand nombre qui sont prioritaires. Cela veut dire qu'un approvisionnement alimentaire général pour la population affectée est prioritaire sur les programmes de la PCMA pour des groupes ciblés au sein de la population.

- Dans le cas d'une urgence, un grand nombre d'enfants peuvent être atteints par le biais de sites de PEC MAS ambulatoire décentralisés et/ou mobiles.

- Jusqu'à présent, il existe trois scénarios pour les interventions d'urgence de la PCMA :
  - Intervention à court terme, pour sauver les vies, sans qu'on cherche vraiment à organiser un transfert des compétences pour la PCMA ou intégrer la PCMA aux soins de santé de routine (**Document 1.9 Etude de cas 1)**
  - PCMA intégrée dans le système de santé national dans un contexte de développement (**Document 1.9 Etude de cas 2)**
  - Intervention d'urgence de la PCMA qui évolue ensuite en soins post-urgence qui sont confiés au MS et intégrés aux soins de santé de routine (**Document 1.9 Etude de cas 3)**

- Les organismes extérieurs commencent souvent à intervenir au moment d'une crise et, évidemment, il serait utile qu'ils continuent à soutenir le système de santé lors de la transition post-crise pour mettre en place une capacité de base de la PCMA. Cela servirait à préparer les structures sanitaires aux hausses saisonnières ou aux augmentations soudaines du nombre de cas de MAS. En cas de nouvelle crise, le pays dépendra moins des ressources externes car il aura maintenu une capacité et compétence locale.

DOCUMENT 1.11
Facteurs à envisager pour la mise en œuvre de la PCMA

CONTEXTE FAVORABLE

- De bons mécanismes de leadership et de coordination du Ministère de la Santé (MS) sont essentiels pour s'assurer de la collaboration de divers organismes, y compris les organisations gouvernementales et non gouvernementales (ONG) gérant des programmes pour les enfants souffrant de malnutrition aiguë. Il faudrait mettre en place des équipes techniques spéciales et organiser des réunions de coordination à divers niveaux.

- La prévention de la sous-nutrition sera la première priorité bien qu'il faille aussi prendre en charge la malnutrition aiguë car ces enfants sont exposés à un risque élevé de mortalité.

- Des protocoles nationaux devraient être mis en place pour uniformiser les protocoles de traitement et les outils de suivi. Ils devraient décrire l'approche à base communautaire adoptée pour prendre en charge la malnutrition aiguë qui repose sur les liens avec la PEC MAS hospitalière et ambulatoire, la PEC MAM et les programmes de nutrition de prévention et les soins de santé primaires (SSP) qui existent déjà.

- La PEC MAS doit être gratuite pour tous les enfants souffrant de malnutrition aiguë.

- Le MS et les équipes de gestion sanitaire des régions et des districts devraient avoir un plan d'urgence pour répondre aux besoins accrus si le nombre d'enfants ayant besoin de la PCMA dépasse la capacité existante (plan de contingence)

COMPÉTENCES

- Il faut exploiter au maximum les possibilités d'intégrer la formation à la PCMA dans la formation de base et la formation continue pour toutes les professions de santé avant l'emploi et en cours d'emploi.

- Les stages sur les sites d'apprentissage ou/et d'excellence et les visites d'études permettent un apprentissage pratique et un transfert rapide des compétences.

- Une formation continue portant sur l'amélioration de la PEC MAS devra être fournie aux agents de santé à tous les niveaux (équipes de gestion sanitaire du district, agents de santé dans les structures sanitaires, agents d'extension communautaire), créant ainsi une approche intégrée efficace qui relie entre eux les divers éléments de la gestion et de la supervision de la PCMA et autres soins de santé.

- Une formation en cours d'emploi et un soutien devront être apportés aux agents d'extension communautaire (à savoir, les agents de santé communautaire [ASC] et les bénévoles) qui identifient les enfants avec MAS dans les communautés et les réfèrent pour une prise en charge.

- Les stratégies de renforcement des capacités doivent tenir compte des taux élevés de rotation du personnel de santé.

- Un contexte de travail constructif motive et responsabilise les agents de santé.

- La PCMA devrait s'inscrire dans les rôles, les responsabilités et les descriptions des tâches de travail des agents de santé et ces derniers devront être responsables de ces tâches.

- Il est de première importance de partager l'information et l'expérience entre collègues et experts pour apprendre continuellement les meilleures pratiques.

- La recherche formative est fondamentale pour améliorer l'efficacité des soins, promouvoir de bonnes pratiques, en tirer les leçons et encourager l'intégration et l'expansion de la PCMA.

ACCÈS AUX SOINS

- La PEC MAS hospitalière centralisée pour les enfants avec MAS avec complications médicales doit être fournie dans les structures sanitaires dispensant des soins 24 heures sur 24.

- La PEC MAS ambulatoire décentralisée pour les enfants de 6 à 59 mois avec MAS sans complications médicales doit être fournie dans les structures sanitaires ambulatoires. Un agent de santé peut prendre en charge 10 à 15 enfants en une journée dans le cadre de soins de santé de routine. Dans les cas d'urgence, les soins seront davantage décentralisés dans la communauté et aussi fournis par des équipes mobiles si nécessaire. Des sites PEC MAS ambulatoires seront mis en place à une journée de marche aller-retour du domicile ou du camp en question.

- Il faut mettre en place des mécanismes de référence pour s'assurer qu'une fois dépistés les enfants avec MAS accèdent et reçoivent les soins adéquats.

- Des agents de santé qualifiés (à savoir, qualifiés pour faire une évaluation médicale, référer ou traiter les enfants avec MAS) doivent être disponibles en nombre suffisant.

- L'extension communautaire pour le bilan communautaire, la mobilisation communautaire et le dépistage communautaire ainsi que la référence aux sites PCMA devraient être conformes aux initiatives et systèmes formels et informels de santé et d'extension communautaires existants.

- La PEC MAS dans le cadre des soins de santé de routine veut dire qu'un enfant qui se présente dans une structure sanitaire à n'importe quel moment est pris en charge pour la MAS (évalué et traité pour la MAS), que des conseils et/ou une éducation sanitaire et nutritionnelle est fournie à la mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant pour prévenir la sous-nutrition et que l'enfant est référé vers d'autres soins et initiatives de santé tel que nécessaire (par exemple, la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance [PCIME], la promotion de la croissance à assise communautaire [PCAC], le conseil et dépistage volontaires du VIH [CDV]. Les outils de diagnostic de la PCIME et de la PCAC devraient inclure l'utilisation du PB et vérifier la présence des œdèmes bilatéraux pour identifier les enfants avec MAS et les référer vers la PCMA.

- Des liens seront établis avec d'autres services et programmes communautaires (par exemple, avec les programmes de sécurité alimentaire, d'agriculture et de moyens de subsistance) pour assurer l'accès à des aliments de bonne qualité.

FOURNITURES

- Des ressources et fournitures adéquates pour une PCMA efficace doivent être distribuées à toutes les structures sanitaires dispensant des sites PCMA. Il s'agit de l'aliment thérapeutique prêt à l'emploi [ATPE], de laits thérapeutiques F75 et F100, du ReSoMal, des médicaments essentiels, des bracelets PB, des balances et toises, des fiches de suivi et autres formulaires utiliser dans la PCMA.

- Il faut assurer le transport régulier de cet approvisionnement.

QUALITÉ DES SOINS

- Le fait de disposer de directives nationales de la PCMA avec des protocoles de traitement standardisés et les outils de travail encourage l'adhésion.
- Le soutien et la supervision pour la prise en charge clinique et l'organisation des soins améliorent la performance.
- Les systèmes et outils standardisés de suivi, de rapport et d'évaluation compatibles avec le système national d'informations sanitaires renforcent la qualité des soins et des rapports de compte rendu.

DOCUMENT 1.12
Intégrer la PCMA aux soins de santé de routine au niveau du district sanitaire

- Les soins et initiatives de santé devraient être cartographiés. La PCMA devrait être planifiée avec les équipes de gestion sanitaires de la région et du district et les institutions concernées afin d'éviter tout double emploi, ainsi que pour renforcer les structures sanitaires et les systèmes de soins de santé existants et vérifier que les filières, rôles et responsabilités de la référence sont bien clairs.

- Les structures sanitaires avec PEC MAS hospitalière peuvent être adaptées pour fournir également la PEC MAS ambulatoire pour les enfants de 6 à 59 mois avec MAS sans complications médicales dans leurs soins ambulatoires de l'hôpital. Cela libère les agents de santé en charge de la PEC MAS hospitalière des tâches et diminue les risques d'infections nosocomiales (plus les autres avantages pour la mère et/ou l'accompagnant(e) de l'enfant). Ensuite la PEC MAS hospitalière prend en charge les enfants avec MAS et complications médicales jusqu'à ce que leur état médical soit stabilisé (la complication médicale résolue et le retour de l'appétit) et qu'ils puissent être référés vers la PEC MAS ambulatoire.

- Une bonne communication entre les agents de santé de la PEC MAS hospitalière et les agents de santé de la PEC MAS ambulatoire est très importante pour le bon fonctionnement des références et contre-références entre ces deux types de soins.

- Les réseaux d'extension communautaire existants peuvent servir de base pour l'extension de la PCMA. Il est indispensable d'évaluer ce qui existe déjà et quels sont les éventuels liens qui permettront de faire le meilleur emploi possible des ressources disponibles.

- La PCMA peut être intégrée aux soins de santé et de nutrition maternels et infantiles dans les structures sanitaires de la périphérie. Le contrôle des œdèmes bilatéraux et du périmètre brachial (PB) peut être ajouté aux outils de diagnostic de la PCIME et de la PCAC pour arriver à identifier les enfants avec MAS à n'importe quel niveau du système de santé et à les référer vers la PCMA.

- La PCMA peut également être reliée aux autres soins de santé tels que la prévention du paludisme, les conseils et dépistage volontaires (CDV), ou la planification familiale et être intégrée au matériel pertinent d'information, d'éducation et de communication (IEC).

DOCUMENT 1.13
Aspects essentiels de la PCMA

POINTS CLÉS DE LA PCMA

1. La malnutrition aiguë est un problème de santé publique grave. D'après les estimations, 20 millions d'enfants dans le monde souffrent de malnutrition aiguë sévère (MAS). Les enfants avec MAS sont exposés à un risque accru de mortalité. Selon les estimations actuelles, la MAS contribue à 1 million de décès chez les enfants de moins de 5 ans.

2. La PCMA est une nouvelle approche au traitement de la MAS. Ses piliers principaux soutiennent une couverture et un accès aux soins maximum -atteindre autant d'enfants que possible avec malnutrition aiguë, le caractère opportun -dépistage actif et précoce des cas dans la communauté et référence avant que ne se présentent les complications médicales- et les soins appropriés aussi longtemps que nécessaire -PEC MAS ambulatoire pour les enfants de 6 à 59 mois avec MAS sans complications médicales et PEC MAS hospitalière pour les enfants avec MAS et complications médicales. Les données provenant des contextes d'urgence ont montré qu'environ 80% des enfants avec MAS peuvent être traités dans le cadre de la PEC MAS ambulatoire.

3. Pour atteindre le nombre maximum d'enfants avec malnutrition aiguë, des agents d'extension et des agents de santé formés doivent être en mesure d'atteindre la majorité de ces enfants dans leur communauté, où ils peuvent avoir accès à la PEC MAS ambulatoire dans les structures sanitaires pour continuer le traitement à domicile. On arrive à ce maximum de couverture et d'accès aux soins avec l'offre de la PCMA dans des structures sanitaires décentralisées ou en mettant en place des sites mobiles de PEC MAS ambulatoire (par exemple dans le cas des urgences ou dans les situations de populations mobiles et/ou dispersées). Cette approche est différente de l'approche hospitalière où les enfants avec MAS sont traités jusqu'à la reprise complète du poids.

4. Des innovations récentes ont rendu la PCMA possible :
   - L'aliment thérapeutique prêt à l'emploi (ATPE), peut être utilisé à domicile sans risques et sans réfrigération et lorsque les conditions d'hygiène sont précaires, ce qui permet aux enfants d' être traités à domicile
   - L'utilisation de la classification de la malnutrition aiguë qui divise la MAS en deux catégories – la MAS avec complications médicales et la MAS avec appétit adéquat et sans complications médicales – pour déterminer le type de traitement (voir ci-après)
   - Le dépistage communautaire et l'admission en utilisant le périmètre brachial (PB) qui est simple, exact et peu cher et qui permet de comprendre clairement les mécanismes de la recherche active de cas, de la référence et de l'admission.

5. Le traitement de la MAS distingue entre la MAS avec complications médicales et la MAS sans complications médicales :
   - Les enfants avec MAS et manque d'appétit ou avec complications médicales sont traités dans la PEC MAS hospitalière
   - Les enfants avec MAS, avec appétit et sans complications médicales sont traités dans la PEC MAS ambulatoire
   - Les nourrissons de moins de 6 mois avec MAS sont traités dans la PEC MAS hospitalière.

   Les enfants avec malnutrition aiguë modérée (MAM), qui ont de l'appétit et qui n'ont pas de complications médicales sont traités dans la PEC MAM, avec un programme de nutrition supplémentaire (PNS).

6. La PCMA a quatre composantes essentielles : extension communautaire, PEC MAS ambulatoire, PEC MAS hospitalière, et la PEC MAM (suivant le contexte). Dans certains cas, il n'existe pas de

PNS. Une référence efficace et harmonieuse entre ces composantes est indispensable. Jusqu'à présent, les protocoles utilisés dans les soins ambulatoires concernent les enfants âgés de 6 à 59 mois.

7. Les agents de santé pourront déterminer quels sont les enfants qui doivent être référés pour être hospitalisés et quels sont les enfants (cas à risque) qui ont besoin d'une visite de suivi à domicile à l'aide d'un protocole d'action. **(Document 4.13 Protocole d'action de la PEC MAS ambulatoire).**

8. Les données provenant des programmes d'urgence ont montré que l'approche communautaire fonctionne très bien. Les taux de guérison, les taux de mortalité et les taux d'abandon sont conformes aux normes Sphère. Les ratios de couverture sont bien plus élevés que ceux des soins hospitaliers.

9. La PCMA peut être mise en œuvre dans divers contextes (urgence, non urgence, prévalence élevée du VIH). Les composantes de la PCMA devraient compléter les soins existants.

10. La PCMA devrait être intégrée dans les structures sanitaires existantes et devenir une composante des soins de santé primaires (SSP). Des liens seront établis avec d'autres soins de santé infantile (tels que la PCIME, la PCAC, le programme de lutte contre le VIH, les programmes de nutrition de prévention).

11. Ces dernières années, des engagements importants ont été pris au niveau mondial concernant l'acceptation de la PCMA : un grand pas en avant a été fait au niveau de cette approche.

DOCUMENT 1.14
Liste de vérification de la visite sur le terrain

Réaliser les activités suivantes lors de la visite sur le terrain à un site de PCMA.

Observer les activités suivantes, si possible :	
	Admission des enfants avec malnutrition aiguë sévère (MAS)
	Test d'appétit
	Sortie (fin de traitement) des enfants avec MAS
	Séances de suivi de la PEC MAS ambulatoire -Mesure anthropométrique -Evaluation médicale -Stock de l'aliment thérapeutique prêt à l'emploi (ATPE)
Discuter des aspects suivants avec les agents de santé :	
	Qu'aiment-ils et que n'aiment-ils pas à propos de la PCMA ?
	Comment la PCMA affecte-t-elle leur travail (nombre de cas dont ils s'occupent) ?
	Quelles sont les lacunes ou quels sont les problèmes qu'ils constatent avec la PCMA ?
	Comment travaillent-ils avec les bénévoles ?
	Comment font-ils le lien avec d'autres soins de santé (programme élargi de vaccination [PEV], conseil et dépistage volontaires [CDV], PCAC, PECIME)?
	Quel type de soutien est apporté à la famille de l'enfant une fois ce dernier sorti du traitement (microcrédit, soutien agricole, etc.)?
Discuter des aspects suivants avec les mères et/ou accompagnant(e)s de l'enfant :	
	Qui les a mises au courant de ces soins ?
	Qu'aiment-elles à propos des soins et qu'est-ce qu'elles n'aiment pas ?

DOCUMENT 1.15
Présentation de diapositives

Vue d'ensemble de la prise en charge à base communautaire de la malnutrition aiguë (PCMA)

Module 1. Objectifs d'apprentissage

- Discuter de la malnutrition aiguë et des mesures à prendre en réponse
- Identifier les principes de la PCMA
- Décrire les innovations récentes et les données probantes montrant que la PCMA est possible
- Identifier les composantes de la PCMA et comment elles s'enclenchent
- Déterminer comment la PCMA peut être mise en œuvre dans différents contextes
- Identifier les engagements et développements clés, aux niveaux national et mondial, concernant la PCMA
- Visite sur le terrain à un site PEC MAS ambulatoire

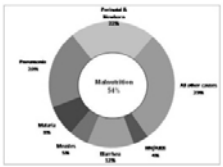
Qu'est la sous-nutrition ?

- Une conséquence d'une carence en nutriments
- Types de sous-nutrition ?
  - Malnutrition aiguë (émaciation et œdèmes bilatéraux)
  - Retard de croissance staturale ou Petite taille
  - Insuffisance pondérale (mesure combinée de la petite taille et de l'émaciation)
  - Carences en micronutriments
- Pourquoi la priorité à la malnutrition aiguë?

Qu'est-ce que la sous-nutrition?

Photo : Mike Golden

Sous-nutrition et mortalité infantile



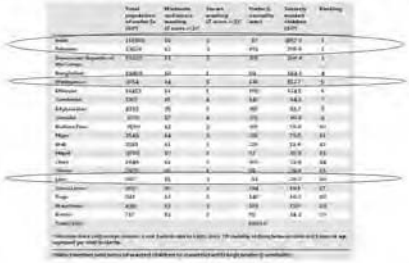
54% de la mortalité infantile est associée à une insuffisance pondérale

Une émaciation sévère est une cause importante de décès

La proportion associée à la malnutrition aiguë est souvent en hausse dans les contextes d'urgence

Caulfied, LE, M de Onis, M Blossner, and R Black, 2004

Ampleur de l'émaciation dans le monde – pas seulement dans les situations d'urgence



Histoire récente de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère (MAS)

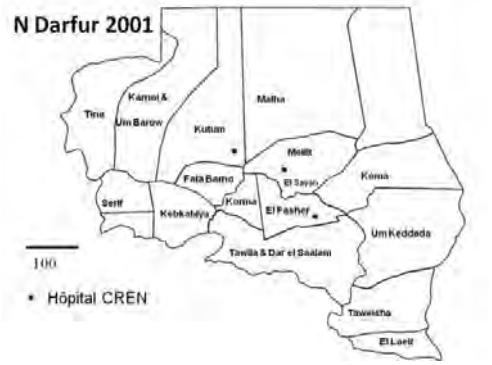
- Par le passé, les enfants avec MAS étaient prise en charge en soins hospitaliers:

  dans les services de pédiatrie, les unités de nutrition thérapeutique , les centres de récupération nutritionnelle (CREN), autres
- Le modèle de soins dans les structures sanitaires suit les directives de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour la prise en charge de la malnutrition sévère (OMS 1999).

Soins hospitaliers pour la PEC MAS Exemple d'un centre de récupération nutritionnelle (CREN)

- Qu'est-ce qu'un CREN ?
- Quels sont les avantages et les désavantages d'un CREN ?
- Que peut-on changer dans le modèle du CREN pour relever ces défis ?

8



Soins hospitaliers pour la PEC MAS: les défis

- Faible couverture menant à une consultation tardive
- Structures sanitaires bondées
- Personnel de santé surchargé de travail
- Infections croisées (et nosocomiales)
- Taux d'abandon élevé car long séjour nécessaire
- Comportements à risque pour les mères

Qu'est-ce que la prise en charge à base communautaire de la malnutrition aiguë (PCMA)?

13

PCMA

Une approche à base communautaire pour la prise en charge de la malnutrition aiguë avec les composantes:

- L'extension communautaire favorise l'engagement de la communauté et le dépistage active et précoce des enfants malnutris qui ensuite sont référés à la PCMA
- La prise en charge pour les enfants avec une malnutrition aiguë modérée : la PEC MAM (selon le contexte)
- La prise en charge ambulatoire de la malnutrition aiguë sévère pour les enfants de 6-59 mois avec MAS sans complications médicales dans des sites accessibles et décentralisés : la PEC MAS ambulatoire
- La prise en charge hospitalière de la malnutrition aiguë sévère pour les enfants avec MAS et complications médicales dans des sites centrales et spécialisés : la PEC MAS hospitalière

Composantes de la PCMA (1)

Composantes de la PCMA (2)

1. L'extension communautaire :

- Evaluation communautaire
- Mobilisation et engagement communautaires
- Agent d'extension communautaire:
  - Dépistage actif et précoce et référence des enfants avec MAS avant que n'apparaissent les complications graves
  - Visites de suivi à domicile pour les cas à risque
- Extension communautaire pour l'élargissement de l'accès aux soins et une meilleure couverture

18

Composantes de la PCMA(3)

2. La prise en charge ambulatoire de la malnutrition aiguë sévère pour les enfants de 6-59 mois avec MAS avec appétit et sans complications médicales est offerte dans les structures sanitaires décentralisées.

PEC MAS ambulatoire

Composantes de la PCMA(4)

PEC MAS ambulatoire (2)

- Evaluation initiale médicale et anthropométrique
- Test d'appétit
- Traitement médical de routine
- Triage et référence à la PEC MAS hospitalière (Protocol d'action)
- Récupération nutritionnelle avec aliment thérapeutique prêt à l'emploi (ATPE) à emporter à la maison
- Séances de suivi: Evaluations médicales et anthropométriques hebdomadaires pour suivre les progrès du traitement
- Education sanitaire et nutritionnelle
- Soutient psychosocial à la mère et l'enfant
- Lien et contact avec autres soins et services de support

ESSENTIEL: un bon système de référence et contre-référence

Composantes de la PCMA (5)

3. La prise en charge hospitalière de la malnutrition aiguë sévère pour les enfants de 6-59 mois avec MAS avec manque d'appétit ou avec complications médicales est offerte dans les structures sanitaires centralisées.
   PEC MAS hospitalière

- L'enfant est traité dans un centre hospitalier jusqu'à la complication médicale résout et l'appétit est de retour
- L'enfant revient vers la PEC MAS ambulatoire pour continuer le traitement jusqu'au guérison

ESSENTIEL: un bon système de référence et de contre-référence

Composantes de la PCMA (6)

4. La prise en charge de la malnutrition aiguë modérée : la PEC MAM

Programme de nutrition supplémentaire (PNS)

- PNS de couverture
- PNS ciblé

Histoire récente de la PCMA

- Réponse aux défis des soins hospitaliers pour la PEC MAS
- 2000: Premier programme pilote en Ethiopie
- 2002: Programme pilote au Malawi
- Expansion des programmes en Ethiopie (2003-4 Urgence), Malawi (2005-6 Urgence), Niger (2005-6 Urgence)
- A présent, un grand nombre de gouvernements et d'organisations sont engagés dans la PCMA, dans les situations d'urgence et de développement
  - Malawi, Ethiopie, Niger, Republique démocratique du Congo, Soudan, Kenya, Somalie, Sri Lanka, Niger, Mali, Burkina Faso, Mauritanie etc.
- Plus de 25 000 enfants avec MAS sont traités avec la PCMA depuis 2001 (Lancet 2006)

Principes de la PCMA

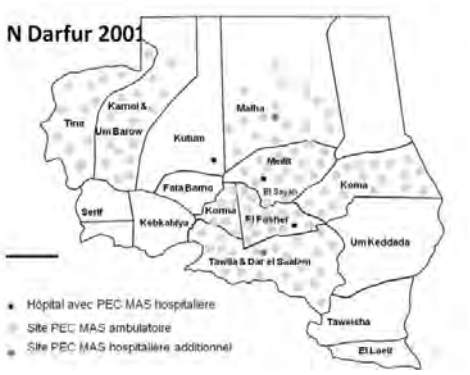
- Maximum d'accès aux soins et de couverture
- Caractère opportun
- Soins médicaux et nutritionnels appropriés
- Soins aussi longtemps que nécessaire

En suivant ces étapes, on arrive à un maximum d'impact sur la santé publique!

Maximun d'impact : Priorité à la santé publique

Principe essentiel de la PCMA

Maximum d'accès aux soins et de couverture



Apporter le traitement aux structures sanitaires décentralisées et à domicile

27

Principe essentiel de la PCMA

Caractère opportun

Caractère opportun : Consultation précoce versus tardive

Caractère opportun (suite)

- Trouver les enfants avant que la MAS ne devienne grave et que les complications médicales se présentent
- Une bonne extension communautaire est essentielle
- Dépistage et référence par les agents d'extension (agents de santé communautaire , bénévoles)

Dépister la malnutrition aiguë à un stade précoce

Principe essentiel de la PCMA

Soins médicaux et récupération nutritionnelle appropriés

Traitement médical et récupération nutritionnelle appropriés en fonction du besoin

Principe essentiel de la PCMA

Soins aussi longtemps que nécessaire

Soins aussi longtemps que nécessaire

- Une prise en charge de la MAS dispensée aussi longtemps que nécessaire
- La prise en charge de la MAS peut être intégrée dans les soins de santé de routine des structures sanitaires, si les intrants sont disponibles
- Soutien supplémentaire aux structures sanitaires peut être ajouté lors des pics saisonniers ou pendant une crise

Nouvelles innovations rendant possible la PCMA

- ATPE
- Nouvelle classification de la malnutrition aiguë
- Périmètre brachial (PB) accepté comme critère indépendant de la classification de la malnutrition aiguë

Aliment thérapeutique prêt à l'emploi (ATPE)

L'ATPE
- est riche en énergie et nutriments : 500 kcal/92g
- a la même composition que le lait F100 (du fer en plus)
- ne risque pas être contaminer par micro-organismes, même si le paquet est ouvert
- est facile à utiliser à la maison, sans cuisson
- est offert à l'enfant après l'allaitement maternelle
- Est offert avec d'eau salubre
- Est très apprécié par les enfants
- peut être fabriqué localement
- n'est pas donné aux nourrissons de moins de 6 mois

ATPE (suite)

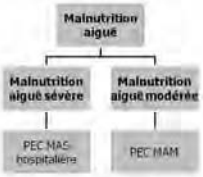
- Nutriset France fabrique 'PlumpyNut®' avec concessions de production nationale par exemple au Niger, en Ethiopie et en Zambie
- Ils existent des autres fabricants de l'ATPE : Valid Nutrition au Malawi, Zambia et Kenya
- Ingrédients de l'ATPE à base de lipides:
  - Arachides (en pâte)
  - Huile végétale
  - Sucre en poudre
  - Lait en poudre
  - Vitamines et minéraux (combinaison spéciale)
- Recherche en cours sur d'autres formulations d'aliments prêts à l'emploi

Production locale-ATPE

Efficacité de l'ATPE

- Traitement à domicile avec l'ATPE donne de meilleurs résultats que les soins hospitaliers au Malawi (Ciliberto, et al. 2005.)
- ATPE fabriqué localement est l'équivalent nutritionnel de PlumpyNut® (Sandige et al. 2004.)

Classification pour le traitement de la malnutrition (OMS 1999)



Classification pour la prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë (OMS/UNICEF 2007)

Périmètre brachial (PB) pour le dépistage et l'admission

- Mesure transparente et compréhensible
- Peut être utilisée par des agents d'extension communautaire (ASC, bénévoles) pour la recherche de cas active dans la communauté

Dépistage et admission en utilisant le PB

- Avant , la PCMA utilisait une procédure de dépistage en deux étapes:
  - PB pour le dépistage de la malnutrition aiguë dans la communauté
  - Rapport poids -taille (P/T) pour l'admission

  = Prend du temps, demande beaucoup de ressources, a produit du feedback négatif, risque de refus à l'admission
- Depuis, le PB est utilisé pour l'admission à la PCMA (avec présence d'oedèmes bilatéraux) et le rapport P/T est facultatif

  = Plus facile, plus transparent, enfants identifiés dans la communauté seront admis et donc moins d'enfants seront refusés

PB : Référence communautaire

Composantes de la PCMA

1. L'extension communautaire
2. PEC MAS ambulatoire
3. PEC MAS hospitalière
4. PEC MAM

1. Extension communautaire

Personnes clés dans la communauté :

- Sensibilisent à la PCMA
- Expliquent clairement la PCMA et la malnutrition aiguë
- Comprennent les pratiques, barrières aux soins et systèmes culturels
- Discutent des barrières à l'accès aux soins
- Encouragent la recherche active de cas et la référence communautaires
- Font des visites de suivi à domicile pour les cas à risque

Mobilisation et dépistage communautaires

2. PEC MAS ambulatoire

- Groupe cible : enfants de 6 à 59 mois avec MAS SANS complications médicales ET avec un bon appétit

Activités :

- Admission et triage – référence
- Traitement médical et récupération nutritionnelle appropriés en fonction du besoin
- Séances de suivi hebdomadaires

PEC MAS ambulatoire: examen médical

PEC MAS ambulatoire : médicaments de routine

- Amoxycilline
- Antipaludiques
- Vitamine A
- Vermifuges
- Vaccination contre la rougeole

PEC MAS ambulatoire: Test d'appétit

Important:

- S'assurer que l'utilisation de l'ATPE est comprise et les médicaments sont pris
- Donner une ration de l'ATPE pour une semaine et les médicaments à prendre chez soi
- Revenir chaque semaine pour suivre le progrès et évaluer l'observance

3. PEC MAS hospitalière

- MAS avec manque d'appétit ou complications médicales
- Traitement médical selon les protocoles nationaux
- Enfant revient à la PEC MAS ambulatoire une fois la complication résout, les œdèmes diminuent et l'appétit est de retour
- Tous les nourrissons de moins de 6 mois avec MAS reçoivent un traitement spécialisé

4. PEC MAM

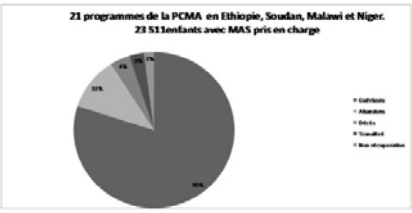
- Activités
  - Médicaments de routine
  - Ration supplémentaire sèche
  - Soins préventifs et vaccinations
  - Education sanitaire et nutritionnelle
  - Démonstration de préparation

Composantes de la PCMA

Relations entre la PEC MAS ambulatoire et la PEC MAS hospitalière

- **Complémentaire**
  - Une prise en charge de la MAS avec complications médicales jusqu'à ce que la condition soit stabilisée et la complication résolue et l'appetit est de retour. Ensuite l'enfant continue le traitement en PEC MAS ambulatoire
- **Différentes priorités**
  - Accès précoce et couverture sont les priorités de la PEC MAS ambulatoire
  - Soins médicaux et recuperation nutritionnelle initiale pour la stabilisation sont les priorités de la PEC MAS hospitalière

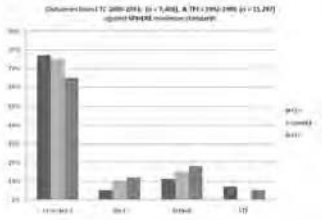
Résultats de 21 programmes de la PCMA: PEC MAS hospitalière et ambulatoire – 2001 à 2006



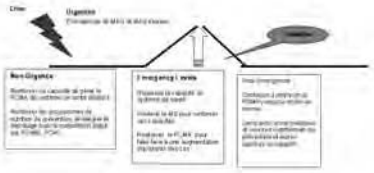
La PCMA dans différents contextes

- Vaste expérience des situations d'urgence
  - Transition parfois à des programmes plus durables, comme c'est le cas au Malawi et en Ethiopie
- Expérience croissante dans des contextes de non urgence ou de développement
  - Ghana, Zambie, Rwanda, Haïti, Népal
- Expérience croissante dans les zones à prévalence élevée du VIH
  - Liens avec les services de conseil et dépistage volontaires (CDV) et le traitement antirétroviral

La PCMA: Elle fonctionne dans les contextes d'urgence



Quand les taux de MAS augmentent:



Engagement mondial pour la PCMA (1)

- Consultation de l'OMS (Nov 2005) – accord par l'OMS de revoir les directives de la MAS afin d'inclure les soins ambulatoires et d'avaliser le PB comme critère d'entrée dans les programmes
- Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) accepte la PCMA à échelle mondiale (2006)
- Déclaration conjointe de l'ONU sur la prise en charge à base communautaire de la malnutrition aiguë (mai 2007) – soutien pour les politiques, les protocoles, les formations et les plans d'action sur l'adoption de la PCMA : Ethiopie, Malawi, Ouganda, Soudan, Niger

Engagement mondial pour la PCMA (2)

- Collaboration pour formations conjointes entre l'OMS, l'UNICEF, Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID)
- Soutien des bailleurs de fonds pour la mise en place, la coordination et la formation de la PCMA
- Plusieurs organisations soutiennent l'intégration de la PCMA dans les systèmes de santé nationaux

MODULE DEUX

DÉFINIR ET MESURER LA MALNUTRITION AIGUË

VUE D'ENSEMBLE DU MODULE

Ce module revoit les termes nutritionnels et anthropométriques courants, les causes de la sous-nutrition chez les enfants et les compétences pratiques pour mesurer la malnutrition aiguë chez les enfants de moins de 5 ans.

Le module présente aux agents de terrain de la PCMA une vue générale des méthodes utilisées pour déterminer l'état nutritionnel d'un enfant : dépister les œdèmes bilatéraux, utiliser comme mesures le périmètre brachial (PE), le poids, la taille et l'âge. Ces techniques doivent être maîtrisées pour dépister les enfants qui risquent d'avoir besoin de la PCMA. Des exercices de pratique concernant l'utilisation de ces méthodes seront réalisés lors des visites sur place dans les sites PEC MAS ambulatoire dans le cadre du Module quatre.

REMARQUES

Il faut déterminer, avant de réaliser ce module de travail, quels sont les indicateurs spécifiques qu'utilisera la PCMA pour déterminer l'état nutritionnel individuel. Si la PCMA va admettre les enfants en fonction des œdèmes bilatéraux et du PB, point besoin de former sur la manière de mesurer la taille et de classer le rapport P/T.

Le formateur doit adapter la formation en fonction de la politique nationale et apprendre aux participants à utiliser rapport P/T en z-score (normes OMS). Dans de nombreux pays, les services PCMA utilisent encore le rapport P/T en tant que pourcentage de la médiane d'après les courbes de croissance de référence du National Center for Health Statistics (NCHS). Le formateur doit décider quels sont les tableaux du rapport P/T qui seront utilisés lors de la formation et faire les adaptations nécessaires en fonction du contexte. Les tableaux de l'OMS (spécifiques par sexe pour la taille et la longueur) (normes OMS) sont donnés dans le **Document 2.5 Tableaux du rapport poids-taille pour l'utilisation sur le terrain.**

Dans certains pays ou dans des contextes d'urgence, les seuils des indicateurs sont adaptés aux circonstances (ressources disponibles, nombre de patients). Le formateur doit décider des seuils qui seront utilisés pour la formation et discuter avec les participants des normes internationales et de leur adaptation aux divers contextes. Par exemple certains pays utilisent des seuils du PB de 115-120 mm pour la MAM. Ce guide de formation utilise le seuil le plus courant pour la MAS : < 115 mm et pour la MAM de 115 mm à 124,9 mm.

Le guide de formation devra être mis à jour pour tenir compte du contexte du pays dans lequel il sera utilisé.

I. DÉFINIR ET MESURER LA MALNUTRITION AIGUË : SALLE DE CLASSE

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE	DOCUMENTS A DISTRIBUER ET EXERCICES
1. Discuter les causes et conséquences de la sous-nutrition et voir la terminologie liée à la sous-nutrition	▪ Document 2.1 Cadre causatif de la sous-nutrition ▪ Document 2.2 Définitions, indices, indicateurs de la sous-nutrition et seuils des indicateurs
2. Identifier les signes cliniques de la malnutrition aiguë	▪ Document 2.3 Manifestations cliniques de la malnutrition aiguë
3. Prendre les mesures et classer la malnutrition aiguë	▪ Document 2.4 Evaluer l'âge, et mesurer les œdèmes bilatéraux, le PB, la longueur, la taille et le poids ▪ Document 2.5 Tableaux du rapport poids-taille pour l'utilisation sur le terrain ▪ Exercice 2.1 Degrés des œdèmes bilatéraux ▪ Exercice 2.2 Classer le rapport poids-taille et la malnutrition aiguë ▪ Exercices 2.3. Identifier le poids cible pour la sortie de la PCMA (PEC MAS)
4. Identifier le poids cible à la sortie de la PCMA	▪ Document 2.6 Tableau des poids cibles à la sortie de la PCMA (PEC MAS) ▪ Exercices 2.3. Identifier le poids cible à la sortie de la PCMA (PEC MAS)
Synthèse et évaluation du module	

MATÉRIEL

- Cartes vierges
- Grandes fiches ou feuilles, feutres
- Ruban de papier-cache
- Cartes avec titres : Conséquences fondamentales, sous-jacentes, immédiates
- Jeux de cartes avec des termes de sous-nutrition et jeux de cartes avec définitions correspondantes
- Calculatrices*
- Balance mécanique Salter
- Balance électronique (UNISCALE)
- Toises*
- Bâtons gradués jusqu'à 110 cm (seuil pour 5 ans)
- Bracelets PB gradués et Bracelets PB de trois couleurs
- Photos d'enfants avec marasme, kwashiorkor et kwashiorkor avec marasme
- Tableaux rapport P/T et poids cibles pour la sortie de la PCMA (PEC MAS)

* Pas nécessaire pour les services qui utilisent uniquement les œdèmes bilatéraux et le PB comme critères d'admission

PRÉPARATION À L'AVANCE

- Organisation de la pièce et du matériel susmentionné
- Révision des documents qui seront distribués aux participants
- Prendre les dispositions nécessaires pour que les participants puissent prendre des mesures anthropométriques des enfants dans le contexte des services de dépistage existants ou de la PCMA

DURÉE DU MODULE : DEUX HEURES

Remarque : Suivant les besoins des participants, les formateurs pourront passer plus ou moins rapidement sur certains objectifs d'apprentissage et activités pédagogiques. La durée du module est une estimation du temps qu'il faudra pour atteindre les objectifs d'apprentissage et réaliser les activités de la formation.

OBJECTIF D'APPRENTISSAGE 1 : Discuter des causes et conséquences de la sous-nutrition et voir la terminologie liée à la sous-nutrition

OA.1

FORMATEUR : Prendre connaissance du Document 2.1. Cadre causatif de la sous-nutrition et Document 2.2 Définitions, indices, indicateurs de la sous-nutrition et seuils des indicateurs. Le Document 1.2 Terminologie pour la PCMA sera aussi utile à avoir en main.

Brainstorming : Causes de la sous-nutrition. Donnez à chaque participant deux cartes vierges et demandez-leur de réfléchir aux causes de la sous-nutrition puis de marquer une cause sur chaque carte. Demandez aux participants d'afficher leurs cartes et de partager les idées.

Utilisez les cartes marquées « immédiate », « sous-jacente » et « fondamentale » et demandez aux participants de travailler ensemble pour regrouper les causes par catégorie et de les placer sous la carte correspondante.

- Immédiate : apports alimentaires, maladie
- Sous-jacente : insécurité alimentaire, pratiques inadéquates de soins, services d'assainissement, approvisionnement en eau insuffisant et services de santé inadéquats
- Fondamentale : systèmes politiques, culturels, religieux, économiques et sociaux y compris le statut de la femme

Demandez aux participants de se reporter au **Document 2.1. Cadre causatif de la sous-nutrition** et de nommer des causes spécifiques de la sous-nutrition.

Faites remarquer aux participants que ces causes contribuent à toutes les formes de sous-nutrition et que leur présence et interaction détermineront comment elles se manifesteront dans le temps chez un enfant ou au sein d'une population donnée.

Réponse suscitée : Sous-nutrition. Si elle a été traitée dans le **Module Un**, demandez aux participants de définir la sous-nutrition et les formes qu'elle peut prendre. Dans la négative, présentez les points suivants :

La sous-nutrition est une conséquence d'une carence en nutriments dans le corps qui peut prendre la forme suivante :

- Malnutrition aiguë (œdèmes bilatéraux ou émaciation)
- Retard de croissance staturale (petite taille)
- Insuffisance pondérale
- Carence en micronutriments

Faites remarquer aux participants que la malnutrition englobe aussi bien la surnutrition (obésité) que la sous-nutrition bien que le terme malnutrition soit utilisé le plus souvent pour les formes de sous-nutrition (par exemple, pour la malnutrition aiguë).

Demandez aux participants de nommer les conséquences de la sous-nutrition (risque accru de maladie, risque accru de mortalité suite à l'effondrement des défenses pour lutter contre les maladies, retard de croissance staturale et pondérale, ralentissement du développement cognitif).

Exposé participatif : Malnutrition aiguë. Demandez aux participants s'ils peuvent identifier les cinq méthodes utilisées couramment pour évaluer l'état nutritionnel des enfants (si les participants n'ont pas de formation nutritionnelle, donnez simplement l'information dans un exposé) : 1) les œdèmes bilatéraux ; 2) le PB ; 3) le rapport poids-

taille ; 4) le rapport taille-âge ; 5) le rapport poids-âge. Rappelez aux participants que les modules de formation ainsi que les programmes de PCMA sont axés sur la malnutrition aiguë. Demandez aux participants quelles sont les méthodes d'évaluation (susmentionnées) qui permettent d'évaluer la malnutrition aiguë. Définissez la malnutrition aiguë et les seuils pour la MAS et la MAM.

La malnutrition aiguë est causée par une réduction de la consommation alimentaire et/ou une maladie entraînant une malabsorption ou un manque d'appétit provoquant des œdèmes bilatéraux ou une chute soudaine de poids. Elle est définie par la présence d'œdèmes bilatéraux ou par l'émaciation. Un enfant souffrant de malnutrition aiguë est très vulnérable et exposé à un risque élevé de mortalité.

La malnutrition aiguë modérée (MAM) est définie par une émaciation modérée qui est identifiée en fonction d'un périmètre brachial (PB) ≥ 115 mm et < 125 mm ou d'un rapport P/T ≥ -3 et < -2 z-score à la médiane.

La malnutrition aiguë sévère (MAS) est définie par une présence d'œdèmes bilatéraux ou une émaciation grave, qui est identifiée en fonction d'un PB < 115 mm ou d'un rapport P/T < -3 z-score à la médiane. L'association des complications médicales avec la MAS est la forme la plus grave de MAS, avec le manque d'appétit comme signe clinique de gravité importante.

Tableau récapitulatif : Indicateurs de la malnutrition aiguë avec seuil pour MAS et MAM

	Œdèmes bilatéraux	**Manque d'appétit et complications médicales**	**PB**	**Rapport P/T z-score** (normes OMS)
MAS:	Présents	Possible	< 115 mm	< -3 z-score
MAM:	Ne sont pas présents	Possible	≥ 115 mm and < 125 mm	≥ -3 and < -2

REMARQUE : si le rapport P/T est utilisé, adaptez la formation en fonction de la politique nationale, en formant les participants à l'utilisation du rapport P/T en z-score de la médiane (normes de l'OMS) ou P/T en pourcentage de la médiane (références du NCHS)

Pratique : Définitions de la malnutrition aiguë. Travaillant toujours en groupe, donnez aux participants un jeu de cartes correspondantes: 6 cartes avec des termes de sous-nutrition et 6 cartes avec des définitions correspondantes (voir ci-après). Demandez à chaque groupe de faire concorder les termes et les définitions. Discutez en plénière.

Demandez aux participants de se reporter r au **Document 2.2 Définitions, indices, indicateurs de la sous-nutrition et seuils des indicateurs** aux fins de lecture et référence ultérieures.

OA.1

Faire correspondre le terme avec la définition correcte (clé des réponses)

Termes	Définitions
Malnutrition aiguë	Une des trois ou mixte: • Œdèmes bilatéraux • PB < 125 mm • Rapport P/T < -2 z-score
Malnutrition aiguë modérée (MAM)	Une des deux ou mixte : • PB < 125 mm et ≥ 115 mm • Rapport P/T ≥ -3 et < -2 z-score
Malnutrition aiguë sévère (MAS)	Une des trois ou mixte : • Œdèmes bilatéraux +/++/+++ • PB < 115 mm • Rapport P/T < -3 z-score
Manifestations cliniques de la MAS	• Marasme (émaciation grave) • Kwashiorkor (œdèmes bilatéraux d'origine nutritionnelle) • Kwashiorkor marasmique (œdèmes bilatéraux et émaciation grave)
Œdèmes bilatéraux	• Signes de MAS • Vérifiée si la pression du pouce appliquée au haut de chaque pied pendant trois secondes laisse une empreinte sur le pied (fossette) une fois le doigt levé. • Infiltration anormale et accumulation excessive de sérosité dans les tissus sous-cutanés et sous-muqueux
Emaciation grave	• Signe de MAS • PB < 115 mm et/ou Rapport P/T < -3 z-score • Egalement appelée marasme

OBJECTIF D'APPRENTISSAGE 2 : Identifier les signes cliniques de la malnutrition aiguë

OA.2

FORMATEUR : Prendre connaissance du Document 2.3 Manifestations cliniques de la malnutrition aiguë.

Brainstorming et groupes de travail : Manifestations cliniques de la malnutrition aiguë. En plénière, demandez aux participants s'ils peuvent nommer les trois manifestations cliniques de la malnutrition aiguë :

- Marasme (émaciation grave)
- Kwashiorkor (œdèmes bilatéraux)
- Kwashiorkor avec marasme (émaciation grave et œdèmes bilatéraux)

Divisez les participants en groupes de travail et demandez-leur de nommer les caractéristiques des manifestations cliniques de la malnutrition aiguë. Demandez à un groupe de présenter ses réponses et aux autres groupes d'ajouter les points supplémentaires. Comblez les lacunes.

Demandez aux participants de se reporter au **Document 2.3 Manifestations cliniques de la malnutrition aiguë** et revoyez ensemble les classifications. Demandez s'ils ont des questions.

Pratique : Manifestations cliniques. Montrez des images d'enfants avec marasme, kwashiorkor et kwashiorkor marasmique et demandez aux participants de les classer en fonction de la manifestation clinique. Répondez aux questions.

OBJECTIF D'APPRENTISSAGE 3 :
Prendre les mesures et classer la malnutrition aiguë

OA.3

FORMATEUR : Prendre connaissance du Document 2.4 **Evaluer l'âge, et mesurer les œdèmes bilatéraux, le PB, la longueur, la taille et le poids** et Document 2.5 Tableaux du rapport poids-taille pour l'utilisation sur le terrain.

Exposé participatif : Evaluer l'âge. Demandez aux participants s'ils savent quand il est important d'estimer l'âge d'un enfant. Faites remarquer que c'est pertinent pour l'utilisation du PB.

(Autres exemples dans les modules de la PEC MAS et PEC MAM, le seuil d'âge est important à plusieurs niveaux : pour la vaccination contre la rougeole, la supplémentation en vitamine A, le test d'appétit, l'admission à la PEC MAS ambulatoire).

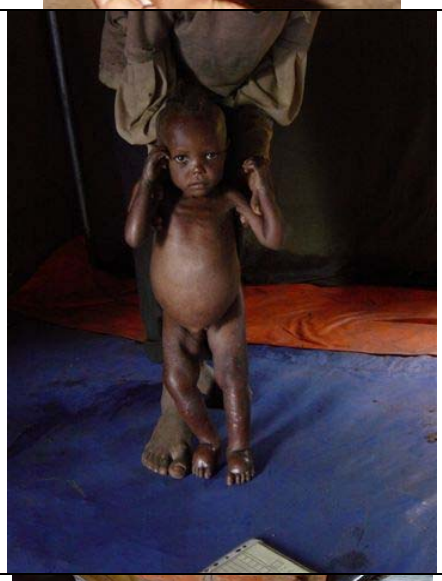
Lorsque l'âge de l'enfant ne peut pas être vérifié sur un carnet de santé ou un carnet de vaccinations, on peut faire appel à d'autres méthodes pour estimer l'âge :

- **Estimer le mois et l'année de la naissance à l'aide d'un calendrier des événements locaux.**
- **Le souvenir de la mère ou de l'accompagnant(e) de l'enfant** est valide lorsqu'on estime que la naissance remonte à moins de 6 mois (le souvenir est plus récent alors exact).
- Si aucune de ces méthodes n'est possible, on peut éprouver la **capacité d'un enfant à avaler** avec l'ATPE. Si l'enfant réussit le test d'appétit (peut manger l'ATPE), il est jugé suffisamment grand pour être admis à la PEC MAS ambulatoire.
  Pour les enfants plus âgés, l'âge peut être estimé en fonction de la **taille.** La médiane pour les garçons et les filles de 5 ans est 110 cm ; de toute façon il faut prendre en compte le retard de croissance staturale de la population.

Exposé participatif : œdèmes bilatéraux. Décrivez comment on évalue les œdèmes bilatéraux (voir **Document 2.4**), en faisant remarquer qu'il est important de faire le test aux deux pieds. S'il n'est pas bilatéral et s'il ne garde pas le godet, l'œdème n'est pas d'origine nutritionnelle. Décrivez les trois degrés des œdèmes bilatéraux. Discutez de la manière dont on évalue les œdèmes bilatéraux degré ++ et degré +++. Rappelez aux participants qu'ils auront l'occasion d'évaluer les œdèmes bilatéraux lors des visites sur le terrain. Soulignez l'importance d'obtenir une seconde opinion en présence d'œdèmes bilatéraux gardant le godet.

Pratique : Reconnaître les œdèmes bilatéraux. Demandez aux participants de se reporter à l'**Exercice 2.1 Degrés des œdèmes bilatéraux.** Demandez aux participants de travailler par deux et de regarder les photos puis d'identifier la gravité des œdèmes bilatéraux. Revoyez ensemble les réponses.

Exercice 2.1 Degrés des œdèmes bilatéraux (avec réponses)

PHOTO 1 **<u>œdèmes bilatéraux +</u>** Cet enfant a des œdèmes bilatéraux aux deux pieds. C'est le degré + (faible). Mais l'enfant pourrait avoir les degrés ++ ou +++ (on ne voit pas le reste de son corps), et il est donc important d'examiner les jambes et le visage avant d'être sûr du degré des œdèmes.	
PHOTO 2 **<u>œdèmes bilatéraux ++</u>** Les pieds, les parties inférieures des jambes, les mains et les parties inférieures des bras de cet enfant sont gonflés. C'est le degré ++ (modéré).	
PHOTO 3 **<u>œdèmes bilatéraux +++</u>** Cet enfant a des œdèmes bilatéraux qui sont généralisés, sur les pieds, les jambes, les bras, les mains et le visage. C'est le degré +++ (grave).	

OBJECTIF D'APPRENTISSAGE 4 : Identifier le poids cible à la sortie de la PCMA (PEC MAS)

OA.4

FORMATEUR : Prendre connaissance du **Document 2.5 Tableaux du rapport poids-taille pour l'utilisation sur le terrain**, **Document 2.6. Tableau des Poids Cibles à la Sortie de la PCMA (PEC MAS)** et **Exercice 2.3. Identifier le poids cible à la sortie de la PCMA (PEC MAS)**.

Démonstration : Utiliser le bracelet PB. Demandez aux participants de se reporter au **Document 2.4 Evaluer l'âge, les œdèmes bilatéraux, le PB, le poids et la taille.** Demandez aux participants s'ils ont déjà utilisé un bracelet PB gradué ou coloré pour mesurer le PB. Distribuez des bracelets PB et passez rapidement en revue les seuils pour la MAS et la MAM et montrez comment lire les mesures sur le bracelet PB. Montrez comment utiliser les bracelets PB, suivant la technique décrite dans le **Document 2.4, Section 3.** Répétez la technique aussi bien avec le bracelet PB gradué qu'avec le bracelet PB coloré . Demandez aux participants de s'exercer à prendre les mesures mutuellement entre eux.

Exposé participatif : Mesurer le poids. Montrez aux participants la balance Salter et la balance UNISCALE du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) en leur rappelant qu'ils rencontreront ces balances sur le terrain et qu'ils auront l'occasion de s'exercer à les utiliser. Pour la balance Salter, passez en revue les aspects à envisager dans le **Document 2.4, Section 4.** Pour l'UNISCALE, indiquez bien comment l'enfant peut être pesé dans les bras de la mère ou de l'accompagnant(e) de l'enfant.

Exposé participatif : Mesurer la longueur et la taille. (Remarque : dans les cas où les œdèmes bilatéraux et le PB sont utilisés comme critères d'admission, point besoin de former les participants pour qu'ils sachent mesurer la taille d'un enfant). Montrez aux participants la toise et précisez que la longueur est mesurée pour les enfants de moins de deux ans ou d'une taille inférieure à 87 cm alors que la taille est mesurée pour les enfants de plus de deux ans ou d'une taille supérieure à 87 cm. Décrivez la technique donnée dans le **Document 2.4, Section 5.** Précisez que, dans le cas d'enfants de plus de deux ans qui ne peuvent pas se tenir debout, la mesure sera prise en position couchée. Dans ce cas, un ajustement de 0,7 cm à la baisse est fait à la mesure.

Exposé participatif : Classer le rapport P/T en z-score. Demandez aux participants de se reporter au **Document 2.5 Tableaux du rapport poids-taille pour l'utilisation sur le terrain** et demandez-leur s'ils connaissent déjà ces tableaux. Dans la négative, passez en revue soigneusement ces tableaux du rapport P/T avec eux. Indiquez que les tableaux sont utilisés pour classer le rapport P/T en z-score de la médiane (normes OMS).

Montrez étape par étape sur une grande feuille la technique utilisée pour déterminer le rapport P/T en z-score de la médiane:

1. Déterminer l'âge de l'enfant pour décider s'il faut utiliser le tableau pour la longueur ou le tableau pour la taille. (Libre choix : Rappelez aux participants que, si un enfant de plus de 2 ans (ou de plus de 87 cm) doit être mesuré en position allongée, pour une raison quelle qu'elle soit, il faut soustraire 0,7 cm de la mesure si les mesures non-arrondies sont utilisées (ce qui n'est pas le cas ici).

1. Trouver la taille de l'enfant dans la colonne taille si vous utilisez le tableau pour la

taille ou la longueur de l'enfant si vous utilisez le tableau pour la longueur pour garçons ou filles. Notez que les mesures de la longueur et de la taille se terminent par un chiffre arrondi à zéro.

2. Regarder à droite du tableau pour une fille et à gauche du tableau pour un garçon. Déterminer si le poids de l'enfant est supérieur ou inférieur à -1, -2, -3 écarts types (ET) en z-score.

   - La présence d'œdèmes bilatéraux pourrait augmenter le rapport P/T de l'enfant et masquer l'émaciation et d'autres signes d'alarme. Toutefois, un enfant avec des d'œdèmes bilatéraux est automatiquement classé comme avec MAS.
   - Dans les pays qui utilisent uniquement les œdèmes bilatéraux et le PB comme critères d'entrée, l'information sur la taille et le poids n'est pas nécessaire.

Demandez à des paires de volontaires de lire à voix haute leurs réponses et ensuite de discuter et de récapituler en plénière. Demandez aux participants ce qu'ils noteraient comme critère d'admission de l'enfant 7 (cet enfant souffre de kwashiorkor marasmique). Demandez-leur de consulter la fiche de réponses et de remplir les vides.

Exercice 2.2a Classer le rapport Poids-Taille en z-score (avec réponses)

Nom de l'enfant	Sexe	Age (en années à moins que noté autrement)	œdèmes bilatéraux	PB (mm ou couleur)	Taille (cm)	Poids (kg)	Z-score Rapport P/T
Enfant 1	F	3		Vert	98,2	12,5	< -1 et > -2
Enfant 2	M	5		123	110,0	14,8	< -2 et > -3
Enfant 3	M	5	++	Jaune	102,2	13,5	< -2 et > -3
Enfant 4	F	4		110	91,1	9,3	< -3
Enfant 5	M	9 mois		125	69,9 (longueur)	6,7	< -2 et > -3
Enfant 6	F	4	+++	Jaune	105,2	18,0	> médiane
Enfant 7	F	8 mois	+	105	68,2 (longueur)	5,0	< -3
Enfant 8	M	1		Rouge	84,3 (longueur)	8,9	= -3
Enfant 9	F	2		109	97,2	11,0	< -2 et > -3
Enfant 10	M	1.5	+	Vert	89,7	12,9	= médiane

Exercice 2.2b Classer la malnutrition aiguë - œdèmes bilatéraux et PB (avec réponses)

Nom de l'enfant	Age (en années à moins que noté autrement)	œdèmes bilatéraux gardant le godet	PB (mm ou couleur)	Classification
Enfant1	3	non	Vert	OK
Enfant2	5	non	123	Modérée
Enfant3	5	++	Jaune	MAS (œdèmes bilatéraux)
Enfant4	4	non	110	MAS
Enfant5	9 mois	non	125	MAM
Enfant6	4	+++	Jaune	MAS (œdèmes bilatéraux)
Enfant7	8 mois	+	105	MAS (kwashiorkor marasmique)
Enfant8	1	non	Rouge	MAS (PB)
Enfant9	2	non	109	MAS (PB)
Enfant10	1,5	+	Vert	MAS (œdèmes bilatéraux)

Exercice 2.2c Classer la malnutrition aiguë :

Œdèmes bilatéraux et PB et rapport P/T en z-score (normes OMS) **(avec réponses)***

Nom de l'enfant	Sexe	Age (en années à moins que noté autrement)	œdèmes bilatéraux	PB mm ou couleur	Taille (cm)	Poids (kg)	z-score P/T	Classification
Enfant1	F	3	Non	Vert	98,2	12,5	< -1 et > -2	MAM
Enfant2	M	5	Non	123	110,0	14,8	< -2 et > -3	MAM
Enfant3	M	5	++	Jaune	102,2	13,5	< -2 et > -3	MAS (œdèmes bilatéraux)
Enfant4	F	4	Non	110	91,1	9,3	< -3	MAS (P/T)
Enfant5	M	9 mois	Non	125	69,9	6,7	< -2 et > -3	MAM
Enfant6	F	4	+++	Jaune	105,2	18	> médiane	MAS (œdèmes bilatéraux)
Enfant7	F	8 mois	+	105	68,2	5,0	< -3	MAS (kwashiorkor avec marasme)
Enfant8	M	1	Non	Rouge	84,3	8,9	= -3 z	MAS (PB)
Enfant9	F	2	Non	109	97,2	11	< -2 et > -3	MAS (PB)
Enfant 10	M	1.5	+	Vert	89,7	12,9	= médiane	MAS (œdèmes bilatéraux)

OA.4

Exercices 2.3. Identifier le poids cible pour la sortie de la PCMA (PEC MAS)

Reprenez les enfants de 1 à 10 de l'exercice précédent et identifiez le poids cible pour les enfants entrant en PCMA (PEC MAS):

Œdèmes bilatéraux et PB et rapport P/T en z-score (normes OMS)

Nom de l'enfant	Sexe	Age (en années à moins que noté autrement)	œdèmes bilatéraux	PB mm ou couleur	Taille (cm)	Poids (kg)	z-score P/T	Classi-fication	Poids cible : gain de poids de 15%
Enfant1	F	3	Non	Vert	98,2	12,5	< -1 et > -2	MAM	/
Enfant2	M	5	Non	123	110,0	14,8	< -2 et > -3	MAM	/
Enfant3	M	5	++	Jaune	102,2	13,5	< -2 et > -3	MAS	À calculer à partir du poids sans œdèmes
Enfant4	F	4	Non	110	91,1	9,3	< -3	MAS	10.7 kg
Enfant5	M	9 mois	Non	125	69,9	6,7	< -2 et > -3	MAM	/
Enfant6	F	4	+++	Jaune	105,2	18	> médiane	MAS	À calculer à partir du poids sans œdèmes
Enfant7	F	8 mois	+	105	68,2	5,0	< -3	MAS	À calculer à partir du poids sans œdèmes
Enfant8	M	1	Non	Rouge	84,3	8,9	= -3 z	MAS	10.2 kg
Enfant9	F	2	Non	109	97,2	11	< -2 et > -3	MAS	12.8 kg
Enfant 10	M	1.5	+	Vert	89,7	12,9	= médiane	MAS	À calculer à partir du poids sans œdèmes

SYNTHÈSE ET ÉVALUATION DU MODULE

Méthode proposée : Revoir les objectifs d'apprentissage et remplir la fiche d'évaluation

- Revoyez les objectifs d'apprentissage du module. Dans ce module, vous avez :
  1. discuté des causes et des conséquences de la sous-nutrition ainsi que de la terminologie de la sous-nutrition
  2. identifié les signes cliniques de la MAS
  3. pris des mesures et classé la malnutrition aiguë
  4. identifié le poids cible à la sortie PCMA (PEC MAS)

- Mettez les questions suivantes dans un panier. Demandez à des volontaires de prendre une question et d'y répondre. Discutez des réponses.
  1. Quelles sont certaines causes fondamentales de la sous-nutrition ?
  2. Quels sont les types d'actions entreprises dans votre communauté pour traiter la sous-nutrition ?
  3. Qu'est-ce que la malnutrition aiguë ? Comment est définie la MAS ?
  4. Comment mesure-t-on les œdèmes bilatéraux?
  5. Que signifie la couleur rouge sur le bracelet servant à mesurer le PB ?

- Rappelez aux participants qu'ils auront l'occasion d'évaluer les œdèmes bilatéraux, d'utiliser les bracelets PB et de mesurer le rapport P/T lors des visites sur le terrain.

- Demandez aux participants de remplir la fiche d'évaluation.

MODULE DEUX

LES DOCUMENTS POUR DÉFINIR ET MESURER LA MALNUTRITION AIGUË

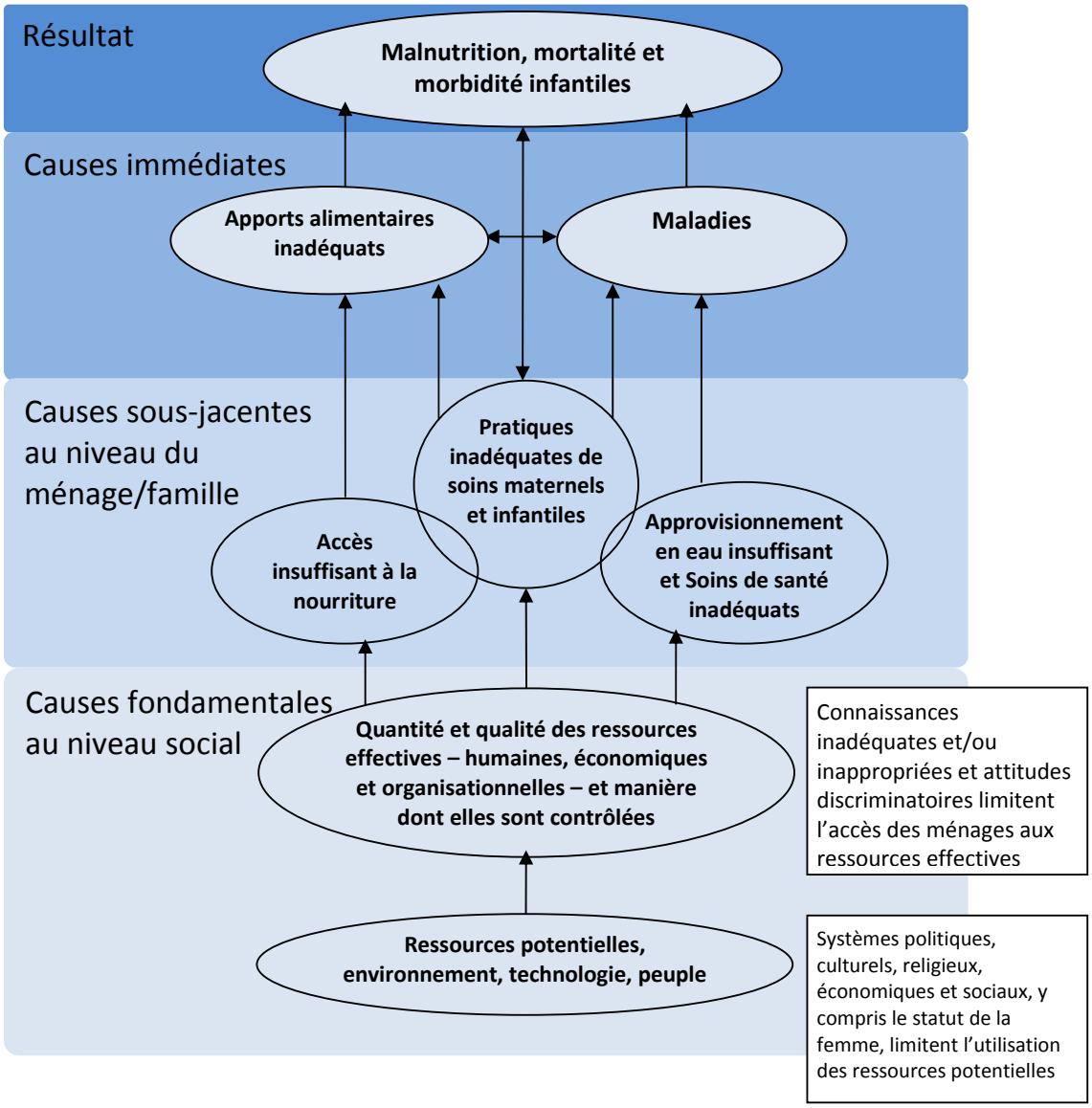
OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE	DOCUMENTS A DISTRIBUER ET EXERCICES
5. Discuter les causes et conséquences de la sous-nutrition et voir la terminologie liée à la sous-nutrition	▪ Document 2.1 Cadre causatif de la sous-nutrition ▪ Document 2.2 Définitions, indices, indicateurs de la sous-nutrition et seuils des indicateurs
6. Identifier les signes cliniques de la malnutrition aiguë	▪ Document 2.3 Manifestations cliniques de la malnutrition aiguë
7. Prendre les mesures et classer la malnutrition aiguë	▪ Document 2.4 Evaluer l'âge, et mesurer les œdèmes bilatéraux, le PB, la longueur, la taille et le poids ▪ Document 2.5 Tableaux du rapport poids-taille pour l'utilisation sur le terrain ▪ Exercice 2.1 Degrés des œdèmes bilatéraux ▪ Exercice 2.2 Classer le rapport poids-taille et la malnutrition aiguë ▪ Exercices 2.3. Identifier le poids cible pour la sortie de la PCMA (PEC MAS)
8. Identifier le poids cible à la sortie de la PCMA	▪ Document 2.6 Tableau des poids cibles à la sortie de la PCMA (PEC MAS) ▪ Exercices 2.3. Identifier le poids cible à la sortie de la PCMA (PEC MAS)
Synthèse et évaluation du module	

DOCUMENT 2.1
Cadre causatif de la sous-nutrition

2.1

CAUSES DE LA SOUS-NUTRITION

Le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) a mis au point un cadre indiquant les causes immédiates, sous-jacentes et fondamentales de la sous-nutrition et montrant comment elles influent les unes sur les autres. Le cadre peut être utilisé aux niveaux national, du district ou local pour l'évaluation et l'analyse afin de pouvoir mieux comprendre les causes de la sous-nutrition et aider ainsi à améliorer la nutrition et à diminuer la mortalité et morbidité infantiles.



DOCUMENT 2.2
Définitions, indices et indicateurs de la sous-nutrition et seuils des indicateurs

SOUS-NUTRITION

Il existe quatre formes de sous-nutrition :

- Malnutrition aiguë
- Retard de croissance staturale (petite taille)
- Insuffisance pondérale
- Carence en micronutriments

La sous-nutrition est définie en fonction de signes cliniques, d'indicateurs anthropométriques, et de tests cliniques. Les quatre formes de sous-nutrition existent souvent parallèlement chez un enfant ou dans une population. Les présents modules de formation sont axés sur la malnutrition aiguë.

MALNUTRITION AIGUË

La malnutrition aiguë est causée par une réduction de la consommation alimentaire et/ou une maladie entraînant une malabsorption ou un manque d'appétit provoquant des œdèmes bilatéraux ou une chute soudaine de poids. Elle est définie par la présence d'œdèmes bilatéraux ou par l'émaciation. Un enfant souffrant de malnutrition aiguë est très vulnérable et exposé à un risque élevé de mortalité.

> **La malnutrition aiguë** est définie par une émaciation qui est identifiée en fonction d'un périmètre brachial (PB) < 125 mm ou d'un rapport P/T < -2 z-score à la médiane (normes OMS).
>
> **La malnutrition aiguë modérée (MAM)** est définie par une émaciation modérée qui est identifiée en fonction d'un périmètre brachial (PB) ≥ 115 mm et < 125 mm ou d'un rapport P/T ≥ -3 et < -2 z-score à la médiane (normes OMS).
>
> **La malnutrition aiguë sévère (MAS)** est définie par une présence d'œdèmes bilatéraux ou une émaciation grave, qui est identifiée en fonction d'un PB < 115 mm ou d'un rapport P/T < -3 z-score à la médiane (normes OMS). L'association des complications médicales avec la MAS est la forme la plus grave de MAS, avec le manque d'appétit comme signe clinique de gravité importante.
>
> **Les œdèmes bilatéraux** sont un signe clinique de malnutrition aiguë sévère et sont causés par une infiltration anormale ou une accumulation excessive de sérosité dans les tissus sous-cutanés. Les œdèmes bilatéraux (également appelé kwashiorkor) sont vérifiés si la pression du pouce appliquée au haut de chaque pied pendant trois secondes laisse une empreinte gardant le godet une fois le doigt levé.

INDICES

Lorsque les mesures du corps sont comparées aux normes de croissance de l'enfant de l'Organisation Mondiale de la Santé 2006 (normes OMS) ou à la référence de croissance de l'enfant du National Center for Health Statistics (référence NCHS), elles sont appelées des indices nutritionnels. Il existe trois indices nutritionnels utilisés couramment : l'indice poids-taille (rapport P/T) pour évaluer l'émaciation, l'indice taille-âge (T/A) pour évaluer le retard de croissance staturale (petite taille) et l'indice poids-âge (rapport P/A) pour évaluer l'insuffisance pondérale

L'indice poids-taille est utilisé pour évaluer l'émaciation et nous montre où se situe le poids de l'enfant par rapport au poids d'un enfant de même taille et même sexe d'après les normes OMS. L'indice reflète l'état nutritionnel actuel de l'enfant en comparant son état avec ce qui est attendu dans les meilleures des conditions.

INDICATEURS

Les indicateurs nutritionnels sont une interprétation des indices nutritionnels basés sur des seuils. Les indicateurs nutritionnels mesurent le phénomène clinique de la malnutrition et sont utilisés pour juger ou évaluer un état nutritionnel ou un état de nutrition d'une population. Un bon indicateur nutritionnel dépiste autant de personnes à risque que possible (sensibilité) sans inclure un trop grand nombre de personnes qui ne sont pas à risque (spécificité). Un bon indicateur nutritionnel devrait également être significatif du point de vue fonctionnel (lié au risque de morbidité et de mortalité) et sensible au changement.

Les seuils standards qui sont adoptés au niveau international servent à définir la sous-nutrition chez les individus qui sont classés comme souffrant de malnutrition modérée ou sévère selon leur état nutritionnel d'après les normes OMS.

Remarque : Les indicateurs nutritionnels sont exprimés d'après les normes OMS. Les seuils standards sont fixés au niveau international mais peuvent varier selon le contexte ou les protocoles nationaux ou les directives internationales. Cependant, au niveau de la population, les taux de prévalence de la malnutrition se basent sur les indicateurs exprimés d'après les normes OMS, mais ils sont aussi exprimés d'après la référence NCHS pour permettre de les comparer avec les résultats plus anciens .

Indicateur PB

Un faible PB est un indicateur d'émaciation qui est utilisé à partir de l'âge de 6 mois. L'indicateur est relativement facile à mesurer : il suppose qu'on mesure le périmètre brachial au milieu de la partie supérieure du bras gauche d'un enfant. Le PB ≥ 115 mm et < 125 mm pour des enfants âgés de 6 à 59 mois indique une émaciation modérée ou MAM. Le PB < 115 mm pour des enfants âgés de 6 à 59 mois indique une émaciation sévère ou MAS.

INDICATEUR POIDS-TAILLE

Un faible rapport P/T est un indicateur d'émaciation. Le rapport P/T exprimé en z-score < -2 écarts type de la médiane (normes OMS) indique une émaciation (rapport P/T < -2 z-score de la médiane [normes OMS]). Le rapport P/T ≥ -3 et <-2 z-score de la médiane (normes OMS) indique une émaciation modérée ou MAM. Le rapport P/T <-3 z-score de la médiane (normes OMS) indique une émaciation grave ou une MAS.

Tableau récapitulatif : Indicateurs de la malnutrition aiguë avec seuil pour MAS et MAM

	Œdèmes bilatéraux	**Manque d'appétit et complications médicales**	**PB**	**P/T z-score** (normes OMS)
MAS:	Présents	Possible	< 115 mm	< -3 z-score
MAM:	Ne sont pas présents	Possible	≥ 115 mm and < 125 mm	≥ -3 and < -2

Remarque sur les normes de croissance de l'enfant de l'OMS et les courbes de croissance de référence du NCHS :

Les courbes de croissance de référence du NCHS ont été mises au point en 1978 à partir d'une cohorte d'enfants américains et utilisées comme référence internationale jusqu'en 2006. Les normes

de croissance de l'enfant de 2006 de l'OMS ont été mises au point à partir d'une étude multicentrique de référence qui a suivi la croissance optimale dans une cohorte d'enfants à Oman, en Norvège, au Ghana, en Inde et aux Etats-Unis. Les principales mesures utilisées dans la prise en charge à base communautaire de la malnutrition aiguë (PCMA) sont les œdèmes bilatéraux, le PB, et le rapport P/T.

Un indicateur utilisé jusqu'à maintenant couramment dans la PCMA est le rapport P/T en pourcentage de la médiane d'après la référence NCHS. On recommande de passer à l'utilisation du rapport P/T en z-score de la médiane d'après les normes OMS.

DOCUMENT 2.3
Manifestations cliniques de la malnutrition aiguë

La malnutrition aiguë est définie par la présence d'œdèmes bilatéraux et l'émaciation (définie elle-même par un faible périmètre brachial [PB] ou faible rapport P/T). La malnutrition aiguë est causée par une diminution de la consommation alimentaire et/ou par la maladie.

- Les termes suivants sont utilisés pour décrire les manifestations cliniques de la malnutrition aiguë sévère (MAS) :
  - Marasme (émaciation grave)
  - Kwashiorkor (œdèmes bilatéraux)
  - Kwashiorkor avec marasme (œdèmes bilatéraux et émaciation grave)

- La connaissance de ces signes cliniques aidera l'agent de santé à trier correctement les cas, même avant que les mesures anthropométriques ne soient prises.

- Dans la plupart des cas, les mesures anthropométriques viendront confirmer ces diagnostics cliniques bien que, dans certains cas, il puisse y avoir une confirmation clinique mais non anthropométrique (à savoir qu'on observe chez l'enfant des plis de peau qui pendent sur les fesses)

Tableau de signes cliniques de malnutrition aiguë sévère

Signes cliniques	Image	Indicateur
Un enfant avec marasme pourra avoir les caractéristiques suivantes : • Apparence de maigreur, visage du "vieil homme" • Apathie : l'enfant est très calme et ne pleure pas • On peut voir clairement ses côtes et ses os • La peau sous la partie supérieure des bras semble flasque • Sur le dos, on peut voir facilement les côtes et les omoplates • Dans les cas extrêmes d'émaciation, les plis de peau pendent sur les fesses comme un « pantalon à poches » • Pas d'œdèmes bilatéraux Cet enfant a perdu des graisses et des muscles et aura un poids inférieur à celui d'autres enfants de même taille.		▪ Emaciation grave : PB < 115 mm Rapport P/T < -3 z-score

Un enfant avec kwashiorkor (œdèmes bilatéraux) pourra avoir les caractéristiques suivantes : • Visage avec une peau vernissée et craquelée • Dermatose : desquamation et altération de la pigmentation cutanée (dans les cas graves) • Apathie, manque d'énergie • Perte d'appétit • Changement de la couleur des cheveux • Irritable, pleure facilement		• Œdèmes bilatéraux gardant le godet
Un enfant avec kwashiorkor et marasme pourra avoir les caractéristiques suivantes : • Œdèmes bilatéraux, et • Emaciation grave		• Œdèmes bilatéraux gardant le godet et ▪ Emaciation grave PB < 115 mm Rapport P/T < -3 z-score

DOCUMENT 2.4
Evaluer l'âge, les œdèmes bilatéraux, le périmètre brachial, la taille et le poids

1. ÂGE

Dans le cadre de la PCMA, il est pertinent pour un certain nombre de raisons d'estimer l'âge d'un enfant. En effet, la PEC MAS ambulatoire de la PCMA cible les enfants qui ont entre 6 et 59 mois. Un enfant de moins de 6 mois avec malnutrition aiguë sévère (MAS) n'est pas éligible pour la PEC MAS ambulatoire comme le seraient des enfants plus âgés. Le périmètre brachial (PB) n'est utilisé que pour les enfants âgés de 6 à 59 mois. En outre, chez les enfants de moins de deux ans, on mesure la longueur au lieu de la taille pour les calculs du rapport P/T.

Si la date de naissance n'est pas indiquée sur le carnet de santé de l'enfant ou le carnet de vaccination et s'il faut déterminer son âge, on se basera sur le souvenir de la mère ou de l'accompagnant(e) de l'enfant pour estimer l'âge de l'enfant. Le souvenir de la mère ou de l'accompagnant(e) de l'enfant est valide lorsqu'on estime que la naissance remonte à moins de 6 mois (le souvenir est plus récent alors exact).

S'il est facile d'estimer l'âge des nourrissons à 6 mois ou plus, il devient souvent pourtant plus difficile de le déterminer chez des enfants plus âgés pour déterminer le cap de deux ou cinq ans. Le souvenir de la mère ou de l'accompagnant(e) de l'enfant est certes valide pour estimer l'âge d'un jeune enfant en l'absence de données probantes. Sinon, on pourra faire un test de la capacité de l'enfant à avaler des aliments semi-solides en utilisant l'aliment thérapeutique prêt à l'emploi (ATPE). Si l'enfant mange l'ATPE (réussit le test d'appétit), on jugera qu'il a 6 mois ou plus et que la mesure du PB peut être faite.

Voici d'autres méthodes pour estimer l'âge :

Demander à la mère ou à l'accompagnant(e) si la naissance de l'enfant a eu lieu avant ou après certains événements locaux importants jusqu'à ce qu'on puisse la situer et en déduire ainsi un âge relativement exact. Il est souvent utile à cet égard de mettre au point un calendrier avec les évènements locaux. Le Calculateur de l'âge de l'enfant de l'OMS, disque rotatif monté sur un calendrier, a été mis au point comme aide professionnelle destinée aux agents de santé pour calculer l'âge de l'enfant. Ces calculateurs pourraient être disponibles dans les bureaux régionaux de l'OMS. L'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) a également formulé des directives pour estimer le mois et l'année de la naissance EC-FAO Food Security Information for Action Programme, *Guidelines for Estimating Month and Year of Birth of Young Children for Nutrition Surveys and Surveillance*, Draft (pas date).

Remarque : Pour les enfants plus âgés, l'âge peut être estimé en fonction de la **taille.** La taille médiane pour les garçons et les filles de 5 ans est 110 cm (normes OMS), sans prendre en compte le retard de croissance staturale de la population. On ne recommande toutefois pas d'utiliser la taille pour les nourrissons de 6 mois car dans les populations avec un retard de croissance staturale on risque de manquer un grand nombre de nourrisson de petite taille et avec un âge de ≥6 mois qui pourraient facilement être traités dans la PEC MAS ambulatoire s'il a une MAS sans complications médicales. Le souvenir de la mère ou de l'accompagnant(e) est bien plus précis que la taille comme indicateur de proxy de l'âge pour nourrissons.

2. ŒDÈMES BILATERAUX GARDANT LE GODET

Les œdèmes bilatéraux ou kwashiorkor sont vérifiés si la pression du pouce appliquée au haut de chaque pied pendant trois secondes laisse une empreinte gardant le godet une fois la pression du

pouce levée. Cette fossette restera dans les deux pieds pendant quelques secondes. Généralement, les œdèmes bilatéraux commencent aux pieds et aux chevilles. Il est important de faire le test aux deux pieds. S'il n'est pas bilatéral, l'œdème n'est pas d'origine nutritionnelle. La présence d'œdèmes bilatéraux devra être confirmée par une seconde personne qui répète le test.

Il existe trois degrés d'œdèmes bilatéraux gardant le godet. Le degré est "absent" lorsqu'il n'y a pas d'œdèmes bilatéraux gardant le godet. Les degrés des œdèmes bilatéraux sont classés par des signes plus (+).

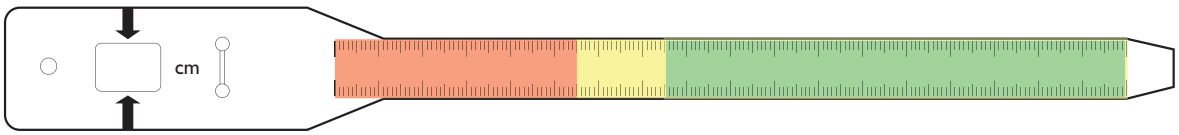
Degrés d'œdèmes bilatéraux	**Définition**
Absent	Absent
Degré +	Faible : les deux pieds/chevilles
Degré ++	Modéré : les deux pieds, plus les parties inférieures des jambes, les mains ou les parties inférieures des bras
Degré +++	Grave : œdèmes bilatéraux qui sont généralisés, sur les deux pieds, les jambes, les bras et le visage

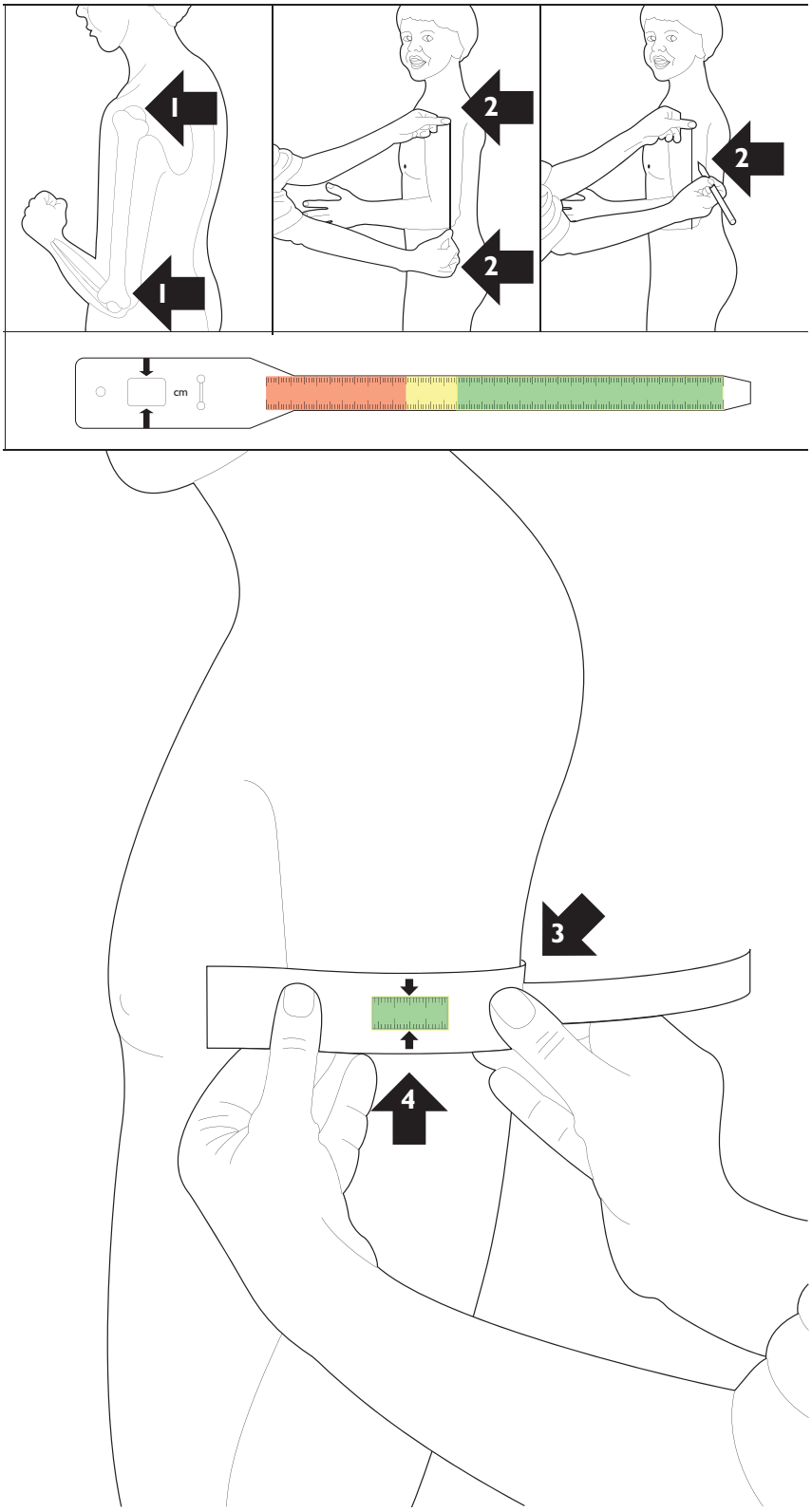
3. PÉRIMÈTRE BRACHIAL [PB]

Le PB est utilisé pour les enfants âgés de 6 à 59 mois (voir section **Age** ci-dessus).

Le PB doit être mesuré à mi-hauteur du bras gauche alors que le bras pend le long du corps en position relâchée. Le bracelet PB est placé au milieu entre l'épaule et le bout du coude. On recommande d'utiliser une ficelle au lieu du bracelet PB pour trouver le point du milieu.

Pour le bracelet PB gradué , faire passer le bout du bracelet sous la première ouverture et le faire ressortir par la troisième ouverture. La mesure est lue dans la fenêtre du milieu où la flèche pointe vers l'intérieur. Le PB peut être noté avec une précision de 1 cm (ou mm). Aussi lire la couleur qui apparaît dans la fenêtre à l'endroit indiqué par les deux flèches.



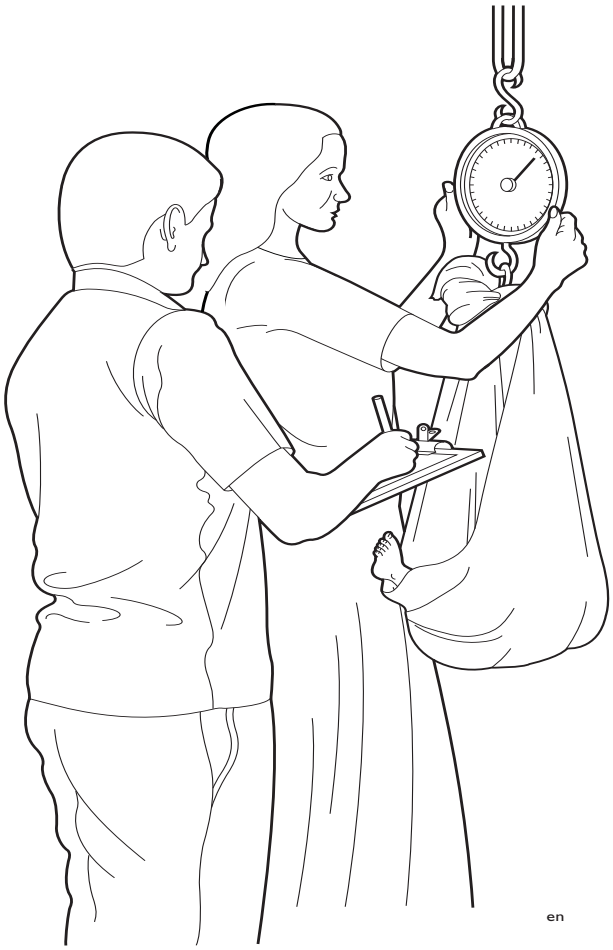

1
1
2
2
2
cm
3
4

4. POIDS

Il faut toujours deux personnes pour prendre une mesure correcte et précise du poids. Le poids est mesuré avec la balance mécanique de Salter – suspendue (qu'on trouve couramment sur le terrain) ou une balance électronique, comme la balance UNISCALE du Fonds des Nations Unies pour l'enfance, qui est plus précise et qui permet de peser l'enfant alors que la mère le tient dans ses bras.

Balance mécanique de Salter – suspendue :

Cette balance suspendue de 25 kg (graduation 100 g) est celle qui est la plus utilisée sur le terrain. Elle peut être suspendue avec un crochet dans un arbre, sur un support fixe ou sur un bâton porté par deux personnes. Dans une structure sanitaire, elle est suspendue à un support ou accrochée au plafond.



Des culottes ou un hamac pour les plus jeunes sont attachés à la balance. Il est préférable par ailleurs de trouver des solutions adaptées culturellement, comme le pagne de la mère ou un panier, pour peser l'enfant : il est d'abord suspendu au crochet inférieur et l'aiguille est ajustée à zéro. On enlève les habits de l'enfant et on le place dans le pagne ou le panier. La balance doit être lue à hauteur des yeux.

Aspects à envisager :

- Vérifier que l'enfant est bien accroché dans les culottes ou le hamac avec un bras sur le devant et un bras derrière pour maintenir l'équilibre.
- Dans les climats froids ou dans certaines cultures, il ne sera pas possible ou guère faisable de déshabiller entièrement l'enfant. On estime donc le poids moyen des habits qu'on enlève ensuite du poids final. Il est utile aussi de garder les mêmes habits pour les garçons et les filles pendant la pesée pour uniformiser les déductions de poids.
- Lorsque l'enfant est bien stabilisé, le poids est noté à 100 grammes près. Si l'enfant bouge et l'aiguille ne se stabilise pas, le poids est estimé en notant la valeur au milieu de la fourchette des oscillations. Le mesureur annonce la valeur lue sur la balance, l'assistant répète aux fins de vérification puis note le poids sur le registre clinique ou le carnet de santé. Ensuite, on rhabille l'enfant.
- La balance doit être vérifiée quotidiennement par rapport à un poids donné. Vérifier que l'aiguille pointe sur le zéro et peser des objets d'un poids connu (par exemple, 5, 10 ou 15 kg). Si la mesure ne correspond pas au poids à 100 grammes près, il faut remplacer la balance ou les ressorts.

Balance électronique (par exemple, UNISCALE):

UNISCALE est une balance très précise qui fonctionne avec une pile au lithium qui permet un million de pesées et elle est équipée d' un interrupteur solaire qui met le dispositif en circuit ou hors circuit en utilisant la lumière du jour ou l'éclairage ambiant normal. Elle permet à la mère ou à l'accompagnant(e) de l'enfant de tenir celui-ci pendant la pesée. Des instructions sont jointes à la balance.

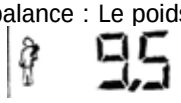
Pour utiliser UNISCALE:

- Placer la balance sur une surface plane dans un endroit bien éclairé, en vérifiant que les quatre pieds de la balance reposent fermement sur le sol.
- Déshabiller autant que possible l'enfant.
- Agiter la main au-dessus de l'interrupteur solaire pour mettre en circuit la balance. La balance indique qu'elle est prête à peser un adulte. (Montre l'image d'un adulte).
- La mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant se met d'abord sur la balance, sans l'enfant. Son poids est indiqué. L'adulte reste sur la balance. La balance mémorise le poids.
- Agiter à nouveau sur la main au-dessus de l'interrupteur solaire. La balance indique qu'elle est prête pour peser un adulte avec un enfant. (Montre l'image d'un adulte tenant un enfant).
- Passer l'enfant qui doit être pesé à l'adulte sur la balance (l'adulte ne doit pas bouger).
- L'échelle indique le poids de l'enfant

Le poids de la mère seule

Tarage de la balance :

Le poids du bébé s'affiche



Remarque : Les nourrissons de moins de 6 mois avec MAS sont référés vers la PEC MAS hospitalière où devraient être disponibles des balances spécifiques pour nourrissons avec une précision de **10 g ou 20 g.**

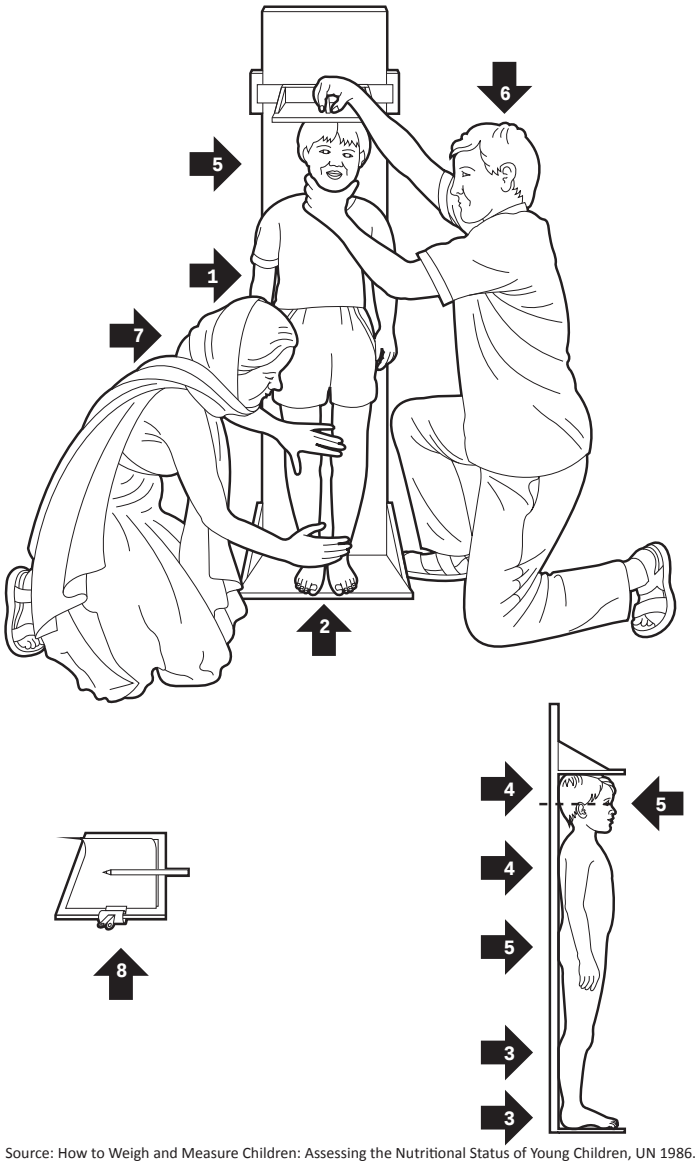
5. LONGUEUR ET TAILLE

Il faut toujours deux personnes pour prendre une mesure correcte et précise de la longueur et de la taille.

Les enfants de 2 ans ou plus sont mesurés en position debout alors que ceux de moins de 2 ans sont allongés. S'il est difficile d'évaluer l'âge, les enfants mesurant au moins 87 cm de haut sont mesurés en position debout et ceux de moins de 87 cm sont mesurés en position allongée (normes OMS). Si des enfants de 2 ans ou plus mesurant au moins de 87 cm de haut sont mesurés couchés, il faut déduire 0,5 cm de la mesure.

La Taille - Pour les enfants âgés de 2 ans ou plus ou d'une taille de 87 cm ou plus :

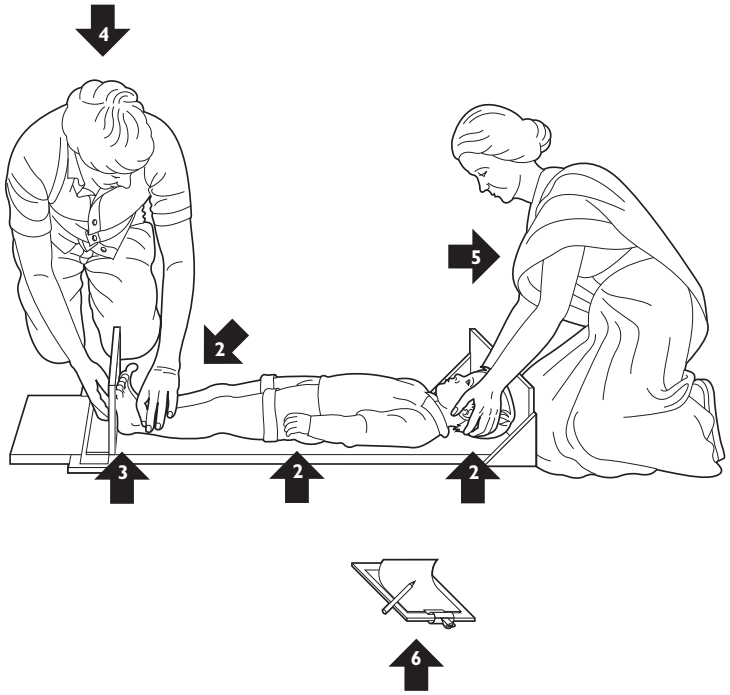
Enlever les chaussures de l'enfant. Le placer contre la toise droit debout au milieu. Les chevilles et les genoux de l'enfant sont pressés fermement contre la toise par l'assistant pendant que la personne mesurant met en bonne position la tête sous la pièce coulissante. La tête, les épaules, les fesses et les talons de l'enfant touchent la toise. Le mesureur lit à voix haute la mesure à 0,1 cm près. L'assistant répète la mesure aux fins de vérification et la note sur le registre anthropométrique, la fiche de suivi ou le carnet de santé.

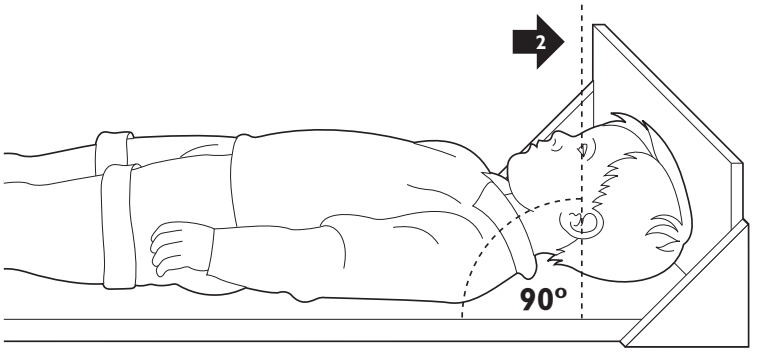


Source: How to Weigh and Measure Children: Assessing the Nutritional Status of Young Children, UN 1986.

La Longueur - Pour les enfants de moins de 2 ans ou avec une taille inférieure à 87 cm (normes OMS) :

La toise est mise sur le sol. On enlève les chaussures de l'enfant. L'enfant est mis doucement sur le dos au milieu de la toise. L'assistant tient avec ses deux mains la tête de l'enfant et la place en contact avec la toise. Le mesureur place ses deux mains sur les chevilles et les genoux de l'enfant. En positionnant les jambes de l'enfant, le mesureur place la pièce coulissante contre les pieds de l'enfant qui doivent être à angle droit. La personne mesurant lit à voix haute la mesure à 0,1 cm près. L'assistant répète la mesure aux fins de vérification et la note sur le registre anthropométrique, la fiche de suivi ou le carnet de santé.





Source: How to Weigh and Measure Children: Assessing the Nutritional Status of Young Children, UN 1986.

DOCUMENT 2.5
Tableaux du rapport Poids-Taille pour l'utilisation sur le terrain

2.5

Tableau Poids pour Longueur, pour les enfants moins de deux ans,

Normes de croissance de l'enfant par sexe, de l'OMS (2006), exprimées en z-score (ET), évaluée en position couchée sur le dos

Poids des garçons (Kg)				Longueur[a]	Poids des filles (Kg)			
-3 ET	-2 ET	-1 ET	Médiane	(cm)	Médiane	-1 ET	-2 ET	-3 ET
1.9	2.0	2.2	2.4	45	2.5	2.3	2.1	1.9
2.0	2.2	2.4	2.6	46	2.6	2.4	2.2	2.0
2.1	2.3	2.5	2.8	47	2.8	2.6	2.4	2.2
2.3	2.5	2.7	2.9	48	3.0	2.7	2.5	2.3
2.4	2.6	2.9	3.1	49	3.2	2.9	2.6	2.4
2.6	2.8	3.0	3.3	50	3.4	3.1	2.8	2.6
2.7	3.0	3.2	3.5	51	3.6	3.3	3.0	2.8
2.9	3.2	3.5	3.8	52	3.8	3.5	3.2	2.9
3.1	3.4	3.7	4.0	53	4.0	3.7	3.4	3.1
3.3	3.6	3.9	4.3	54	4.3	3.9	3.6	3.3
3.6	3.8	4.2	4.5	55	4.5	4.2	3.8	3.5
3.8	4.1	4.4	4.8	56	4.8	4.4	4.0	3.7
4.0	4.3	4.7	5.1	57	5.1	4.6	4.3	3.9
4.3	4.6	5.0	5.4	58	5.4	4.9	4.5	4.1
4.5	4.8	5.3	5.7	59	5.6	5.1	4.7	4.3
4.7	5.1	5.5	6.0	60	5.9	5.4	4.9	4.5
4.9	5.3	5.8	6.3	61	6.1	5.6	5.1	4.7
5.1	5.6	6.0	6.5	62	6.4	5.8	5.3	4.9
5.3	5.8	6.2	6.8	63	6.6	6.0	5.5	5.1
5.5	6.0	6.5	7.0	64	6.9	6.3	5.7	5.3
5.7	6.2	6.7	7.3	65	7.1	6.5	5.9	5.5
5.9	6.4	6.9	7.5	66	7.3	6.7	6.1	5.6
6.1	6.6	7.1	7.7	67	7.5	6.9	6.3	5.8
6.3	6.8	7.3	8.0	68	7.7	7.1	6.5	6.0
6.5	7.0	7.6	8.2	69	8.0	7.3	6.7	6.1
6.6	7.2	7.8	8.4	70	8.2	7.5	6.9	6.3
6.8	7.4	8.0	8.6	71	8.4	7.7	7.0	6.5
7.0	7.6	8.2	8.9	72	8.6	7.8	7.2	6.6
7.2	7.7	8.4	9.1	73	8.8	8.0	7.4	6.8
7.3	7.9	8.6	9.3	74	9.0	8.2	7.5	6.9
7.5	8.1	8.8	9.5	75	9.1	8.4	7.7	7.1
7.6	8.3	8.9	9.7	76	9.3	8.5	7.8	7.2
7.8	8.4	9.1	9.9	77	9.5	8.7	8.0	7.4
7.9	8.6	9.3	10.1	78	9.7	8.9	8.2	7.5
8.1	8.7	9.5	10.3	79	9.9	9.1	8.3	7.7
8.2	8.9	9.6	10.4	80	10.1	9.2	8.5	7.8
8.4	9.1	9.8	10.6	81	10.3	9.4	8.7	8.0
8.5	9.2	10.0	10.8	82	10.5	9.6	8.8	8.1
8.7	9.4	10.2	11.0	83	10.7	9.8	9.0	8.3
8.9	9.6	10.4	11.3	84	11.0	10.1	9.2	8.5
9.1	9.8	10.6	11.5	85	11.2	10.3	9.4	8.7
9.3	10.0	10.8	11.7	86	11.5	10.5	9.7	8.9
9.5	10.2	11.1	12.0	87	11.7	10.7	9.9	9.1
9.7	10.5	11.3	12.2	88	12.0	11.0	10.1	9.3
9.9	10.7	11.5	12.5	89	12.2	11.2	10.3	9.5
10.1	10.9	11.8	12.7	90	12.5	11.4	10.5	9.7
10.3	11.1	12.0	13.0	91	12.7	11.7	10.7	9.9
10.5	11.3	12.2	13.2	92	13.0	11.9	10.9	10.1
10.7	11.5	12.4	13.4	93	13.2	12.1	11.1	10.2
10.8	11.7	12.6	13.7	94	13.5	12.3	11.3	10.4
11.0	11.9	12.8	13.9	95	13.7	12.6	11.5	10.6
11.2	12.1	13.1	14.1	96	14.0	12.8	11.7	10.8
11.4	12.3	13.3	14.4	97	14.2	13.0	12.0	11.0
11.6	12.5	13.5	14.6	98	14.5	13.3	12.2	11.2
11.8	12.7	13.7	14.9	99	14.8	13.5	12.4	11.4
12.0	12.9	14.0	15.2	100	15.0	13.7	12.6	11.6

[a] **La longueur est mesurée pour les enfants de moins de 2 ans ou d'une taille inférieure à 87 cm. Pour les enfants d' une taille de 87 cm ou plus, la taille est mesurée.**

Tableau Poids pour Taille, pour les enfants de deux ans ou plus

Normes de croissance de l'enfant par sexe, de l'OMS (2006), exprimées en z-score (ET), évaluée en position couchée sur le dos

				Taille [a]	Poids des filles (Kg)			
-3 ET	-2 ET	-1 ET	Médiane	(cm)	Médiane	-1 ET	-2 ET	-3 ET
5.9	6.3	6.9	7.4	65	7.2	6.6	6.1	5.6
6.1	6.5	7.1	7.7	66	7.5	6.8	6.3	5.8
6.2	6.7	7.3	7.9	67	7.7	7.0	6.4	5.9
6.4	6.9	7.5	8.1	68	7.9	7.2	6.6	6.1
6.6	7.1	7.7	8.4	69	8.1	7.4	6.8	6.3
6.8	7.3	7.9	8.6	70	8.3	7.6	7.0	6.4
6.9	7.5	8.1	8.8	71	8.5	7.8	7.1	6.6
7.1	7.7	8.3	9.0	72	8.7	8.0	7.3	6.7
7.3	7.9	8.5	9.2	73	8.9	8.1	7.5	6.9
7.4	8.0	8.7	9.4	74	9.1	8.3	7.6	7.0
7.6	8.2	8.9	9.6	75	9.3	8.5	7.8	7.2
7.7	8.4	9.1	9.8	76	9.5	8.7	8.0	7.3
7.9	8.5	9.2	10.0	77	9.6	8.8	8.1	7.5
8.0	8.7	9.4	10.2	78	9.8	9.0	8.3	7.6
8.2	8.8	9.6	10.4	79	10.0	9.2	8.4	7.8
8.3	9.0	9.7	10.6	80	10.2	9.4	8.6	7.9
8.5	9.2	9.9	10.8	81	10.4	9.6	8.8	8.1
8.7	9.3	10.1	11.0	82	10.7	9.8	9.0	8.3
8.8	9.5	10.3	11.2	83	10.9	10.0	9.2	8.5
9.0	9.7	10.5	11.4	84	11.1	10.2	9.4	8.6
9.2	10.0	10.8	11.7	85	11.4	10.4	9.6	8.8
9.4	10.2	11.0	11.9	86	11.6	10.7	9.8	9.0
9.6	10.4	11.2	12.2	87	11.9	10.9	10.0	9.2
9.8	10.6	11.5	12.4	88	12.1	11.1	10.2	9.4
10.0	10.8	11.7	12.6	89	12.4	11.4	10.4	9.6
10.2	11.0	11.9	12.9	90	12.6	11.6	10.6	9.8
10.4	11.2	12.1	13.1	91	12.9	11.8	10.9	10.0
10.6	11.4	12.3	13.4	92	13.1	12.0	11.1	10.2
10.8	11.6	12.6	13.6	93	13.4	12.3	11.3	10.4
11.0	11.8	12.8	13.8	94	13.6	12.5	11.5	10.6
11.1	12.0	13.0	14.1	95	13.9	12.7	11.7	10.8
11.3	12.2	13.2	14.3	96	14.1	12.9	11.9	10.9
11.5	12.4	13.4	14.6	97	14.4	13.2	12.1	11.1
11.7	12.6	13.7	14.8	98	14.7	13.4	12.3	11.3
11.9	12.9	13.9	15.1	99	14.9	13.7	12.5	11.5
12.1	13.1	14.2	15.4	100	15.2	13.9	12.8	11.7
12.3	13.3	14.4	15.6	101	15.5	14.2	13.0	12.0
12.5	13.6	14.7	15.9	102	15.8	14.5	13.3	12.2
12.8	13.8	14.9	16.2	103	16.1	14.7	13.5	12.4
13.0	14.0	15.2	16.5	104	16.4	15.0	13.8	12.6
13.2	14.3	15.5	16.8	105	16.8	15.3	14.0	12.9
13.4	14.5	15.8	17.2	106	17.1	15.6	14.3	13.1
13.7	14.8	16.1	17.5	107	17.5	15.9	14.6	13.4
13.9	15.1	16.4	17.8	108	17.8	16.3	14.9	13.7
14.1	15.3	16.7	18.2	109	18.2	16.6	15.2	13.9
14.4	15.6	17.0	18.5	110	18.6	17.0	15.5	14.2
14.6	15.9	17.3	18.9	111	19.0	17.3	15.8	14.5
14.9	16.2	17.6	19.2	112	19.4	17.7	16.2	14.8
15.2	16.5	18.0	19.6	113	19.8	18.0	16.5	15.1
15.4	16.8	18.3	20.0	114	20.2	18.4	16.8	15.4
15.7	17.1	18.6	20.4	115	20.7	18.8	17.2	15.7
16.0	17.4	19.0	20.8	116	21.1	19.2	17.5	16.0
16.2	17.7	19.3	21.2	117	21.5	19.6	17.8	16.3
16.5	18.0	19.7	21.6	118	22.0	19.9	18.2	16.6
16.8	18.3	20.0	22.0	119	22.4	20.3	18.5	16.9
17.1	18.6	20.4	22.4	120	22.8	20.7	18.9	17.3

[a]. La taille est mesurée pour les enfants de 2 ans ou plus ou d' une taille de 87 cm ou plus. Pour les enfants d' une taille inférieure à 87 cm, la longueur est mesurée. La position allongée est en moyenne 0,7 cm supérieure à la taille debout et bien que la différence ne soit pas importante pour

l'enfant pris individuellement, une correction sera faite en enlevant 0,7 cm de toutes les tailles supérieures à 86,9 cm si on ne peut pas mesurer la taille de l'enfant debout.

2.5

DOCUMENT 2.6
Tableau des Poids Cibles pour la Sortie de la PCMA (PEC MAS)

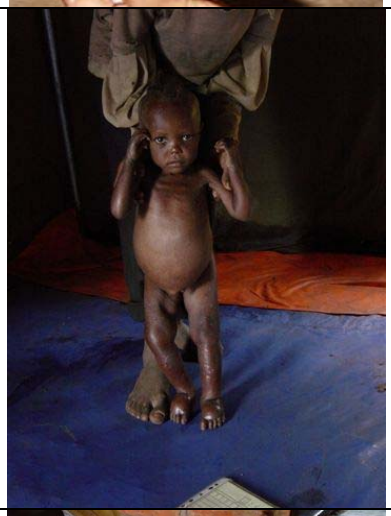
Tableau des Poids Cibles pour la Sortie de la PCMA (PEC MAS)
Enfants 6-59 mois

Poids à l'admission[a,b]	Poids cible: gain de poids de 15 %	Poids à l'admission[a,b]	Poids cible: gain de poids de 15 %
4.1	4.7	11.1	12.8
4.3	4.9	11.3	13.0
4.5	5.2	11.5	13.2
4.7	5.4	11.7	13.5
4.9	5.6	11.9	13.7
5.1	5.9	12.1	13.9
5.3	6.1	12.3	14.1
5.5	6.3	12.5	14.4
5.7	6.6	12.7	14.6
5.9	6.8	12.9	14.8
6.1	7.0	13.1	15.1
6.3	7.2	13.3	15.3
6.5	7.5	13.5	15.5
6.7	7.7	13.7	15.8
6.9	7.9	13.9	16.0
7.1	8.2	14.1	16.2
7.3	8.4	14.3	16.4
7.5	8.6	14.5	16.7
7.7	8.9	14.7	16.9
7.9	9.1	14.9	17.1
8.1	9.3	15.1	17.4
8.3	9.5	15.3	17.6
8.5	9.8	15.5	17.8
8.7	10.0	15.7	18.1
8.9	10.2	15.9	18.3
9.1	10.5	16.1	18.5
9.3	10.7	16.3	18.7
9.5	10.9	16.5	19.0
9.7	11.2	16.7	19.2
9.9	11.4	16.9	19.4
10.1	11.6	17.1	19.7
10.3	11.8		
10.5	12.1		
10.7	12.3		
10.9	12.5		

[a] Ou poids sans œdèmes

[b] Si la décimale du poids à l'admission est un nombre pair, il faut ajouter 0.1 kg. Exemple: poids à l'admission est de 9.2 kg, prends 9.3 kg pour le poids à l'admission.

EXERCICE 2.1
Degrés des œdèmes bilatéraux

PHOTO 1	
PHOTO 2	
PHOTO 3	

EXERCICE 2.2 a, b et c

Exercice 2.2a Classer le rapport Poids-Taille en z-score

Nom de l'enfant	Sexe	Age (en années à moins que noté autrement)	œdèmes bilatéraux	PB (mm ou couleur)	Taille (cm)	Poids (kg)	Z-score Rapport P/T
Enfant 1	F	3		Vert	98,2	12,5	
Enfant 2	M	5		123	110,0	14,8	
Enfant 3	M	5	++	Jaune	102,2	13,5	
Enfant 4	F	4		110	91,1	9,3	
Enfant 5	M	9 mois		125	69,9 (longueur)	6,7	
Enfant 6	F	4	+++	Jaune	105,2	18,0	
Enfant 7	F	8 mois	+	105	68,2 (longueur)	5,0	
Enfant 8	M	1		Rouge	84,3 (longueur)	8,9	
Enfant 9	F	2		109	97,2	11,0	
Enfant 10	M	1.5	+	Vert	89,7	12,9	

Exercice 2.2b Classer la malnutrition aiguë - œdèmes bilatéraux et PB

Nom de l'enfant	Age (en années à moins que noté autrement)	œdèmes bilatéraux gardant le godet	PB (mm ou couleur)	Classification
Enfant1	3	non	Vert	
Enfant2	5	non	123	
Enfant3	5	++	Jaune	
Enfant4	4	non	110	
Enfant5	9 mois	non	125	
Enfant6	4	+++	Jaune	
Enfant7	8 mois	+	105	
Enfant8	1	non	Rouge	
Enfant9	2	non	109	
Enfant10	1,5	+	Vert	

Exercice 2.2c Classer la malnutrition aiguë :

Œdèmes bilatéraux et PB et rapport P/T en z-score (normes OMS)*

Nom de l'enfant	Sexe	Age (en années à moins que noté autrement)	œdèmes bilatéraux	PB mm ou couleur	Taille (cm)	Poids (kg)	z-score P/T	Classification
Enfant1	F	3	Non	Vert	98,2	12,5		
Enfant2	M	5	Non	123	110,0	14,8		
Enfant3	M	5	++	Jaune	102,2	13,5		
Enfant4	F	4	Non	110	91,1	9,3		
Enfant5	M	9 mois	Non	125	69,9	6,7		
Enfant6	F	4	+++	Jaune	105,2	18		
Enfant7	F	8 mois	+	105	68,2	5,0		
Enfant8	M	1	Non	Rouge	84,3	8,9		
Enfant9	F	2	Non	109	97,2	11		
Enfant 10	M	1.5	+	Vert	89,7	12,9		

EXERCICE 2.3
Identifier le poids cible pour la sortie de la PCMA (PEC MAS)

Reprenez les enfants de 1 à 10 de l'exercice précédent et identifiez le poids cible pour les enfants entrant en PCMA (PEC MAS):

Œdèmes bilatéraux et PB et rapport P/T en z-score (normes OMS)

Nom de l'enfant	**Sexe**	**Age en années à moins que noté autrement)**	**œdèmes bilatéraux**	**PB mm ou couleur**	**Taille (cm)**	**Poids (kg)**	**z-score P/T**	**Classi-fication**	**Poids cible : gain de poids de 15%**
Enfant1	F	3	Non	Vert	98,2	12,5			
Enfant2	M	5	Non	123	110,0	14,8			
Enfant3	M	5	++	Jaune	102,2	13,5			
Enfant4	F	4	Non	110	91,1	9,3			
Enfant5	M	9 mois	Non	125	69,9	6,7			
Enfant6	F	4	+++	Jaune	105,2	18			
Enfant7	F	8 mois	+	105	68,2	5,0			
Enfant8	M	1	Non	Rouge	84,3	8,9	= -3 z	MAS	
Enfant9	F	2	Non	109	97,2	11	< -2 et > -3	MAS	
Enfant 10	M	1.5	+	Vert	89,7	12,9	= médiane	MAS	

MODULE TROIS

L'EXTENSION COMMUNAUTAIRE

VUE D'ENSEMBLE DU MODULE

Ce module explique pourquoi l'extension communautaire n'est pas seulement un volet de la prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë (PCMA) mais un complément indispensable de la prise en charge ambulatoire de la malnutrition aiguë sévère (PEC MAS ambulatoire) et de la prise en charge hospitalière de la malnutrition aiguë sévère (PEC MAS hospitalière) et pourquoi il faut l'aborder de manière systématique bien avant de démarrer la PCMA.

L'extension communautaire n'est pas un nouveau concept au sein du secteur de la santé. Il est important d'insister sur le fait que tous les efforts possibles devront être faits pour évaluer les systèmes d'extension communautaire existants et leurs intervenants afin que l'extension communautaire pour la PCMA puisse les utiliser comme fondations et renforcer ces systèmes existants.

Les activités et méthodes proposées expliquent ce qu'est l'extension communautaire, quelles sont les barrières entravant l'accès et la fréquentation de la PCMA et quelles sont les préparations nécessaires pour arriver à atteindre les communautés avec des enfants souffrant de malnutrition aiguë. Le module revoit les éléments et les composantes de la mobilisation pour l'extension communautaire dans le but d'étendre au maximum la PCMA, de minimiser le nombre de personnes qui partent sans avoir fini le traitement (abandon) et enfin de diminuer le nombre de décès imputables à la malnutrition aiguë sévère (MAS).

Le module apporte aux participants une information, des outils et des compétences qui doivent leur permettre de planifier leurs propres activités d'extension communautaire pour la PCMA et leur donne également l'occasion de mettre en pratique ces compétences sur le terrain. Lors de la visite sur le terrain, les participants exécuteront toutes les étapes nécessaires pour mettre sur pied une stratégie et un plan d'action de l'extension communautaire.

Objectifs d'apprentissage	Documents à distribuer et exercices
1. Expliquer l'importance de l'extension communautaire pour les résultats que souhaite obtenir la PCMA.	▪ Document 3.1 Principes de l'extension communautaire dans le contexte de la PCMA ▪ Exercice 3.1 Jeu de rôle sur les barrières à l'accès ▪ Exercice 3.2 Surmonter les obstacles entravant la participation communautaire à la PCMA
2. Identifier les éléments clés d'un bilan communautaire	▪ Document 3.2 Bilan communautaire ▪ Document 3.3 Etapes et méthodes du bilan communautaire
3. Identifier les étapes clés de l'extension communautaire de la PCMA	▪ Document 3.4 Extension communautaire : du bilan à la stratégie ▪ Document 3.5 Stratégie d'extension communautaire ▪ Document 3.6 Exemple : Qui s'occupera du dépistage communautaire ? ▪ Exercice 3.3 Comparaison des modèles de dépistage communautaire ▪ Exercice 3.4 Fiche de travail : Choix des personnes qui seront chargées de l'extension communautaire

4. Discuter des divers aspects à envisager lors de la formulation et de l'utilisation des messages de la PCMA	▪ Document 3.7 Formuler des messages simples et uniformisés de la PCMA ▪ Document 3.8 Référence : Messages du prospectus
5. Discuter des préparations pour la mobilisation et la formation communautaires	▪ Document 3.9 Actions clés de la mobilisation et la formation communautaires
Synthèse et évaluation du module	▪ Document 3.10 Eléments et séquence de l'extension communautaire de la PCMA

MATÉRIEL

- *Community-based Therapeutic Care (CTC): a field manual*
- Grande feuilles, feutres
- Cartes pour l'**Exercice 3.2 Jeu de rôle : Barrières à l'accès**

PRÉPARATION À L'AVANCE

- Organisation de la pièce, matériel susmentionné, grandes feuilles, feutres, ruban-cache
- La veille de la formation ou avant, choisir six participants qui prendront part au jeu de rôle et distribuer les cartes du jeu de rôle aux personnes choisies.

DURÉE DU MODULE : FORMATION DE TROIS HEURES EN SALLE DE CLASSE SUIVIE PAR UNE VISITE SUR PLACE D'UNE JOURNÉE

Remarque : Suivant les besoins des participants, les formateurs pourront passer plus ou moins rapidement sur certains objectifs d'apprentissage et activités pédagogiques. La durée du module est une estimation du temps qu'il faudra pour atteindre les objectifs d'apprentissage et réaliser les activités de la formation.

OBJECTIF D'APPRENTISSAGE 1 : Expliquer l'importance de l'extension communautaire pour les résultats que souhaite obtenir la PCMA

OA.1

FORMATEUR : Prendre connaissance du **Document 3.1 Principes de l'extension communautaire dans le contexte de la PCMA, Exercice 3.1 Jeu de rôle sur les barrières à l'accès et la fréquentation de la PCMA et Exercice 3.2 Surmonter les obstacles entravant la participation communautaire à la PCMA**

Discussion en groupe et exposé participatif : Qu'est-ce que l'extension communautaire dans le contexte de la PCMA ?

Si les participants ont suivi le **Module Un**, demandez-leur de former des groupes de 2 à 3 personnes et de décrire brièvement ce qu'ils savent à propos de l'extension communautaire dans le contexte de la PCMA. Demandez à quelques volontaires de répondre brièvement et d'apporter l'information manquante à l'aide du **Document 3.1 Principes de l'extension communautaire dans le contexte de la PCMA, Sections 1-3.** Soulignez l'importance des deux activités clés de l'extension communautaire dans le contexte de la PCMA : 1) le dépistage actif pour identifier de manière précoce les cas de MAS et faire une référence rapide, et 2) les visites de suivi à domicile pour les cas à risque. Expliquez que dans ce module de formation, nous verrons comment ces deux caractéristiques clés peuvent être vérifiées dans le cadre d'un processus en quatre étapes.

Inscrivez les quatre étapes suivantes sur une grande feuille pour pouvoir vous y reporter tout au long du module:

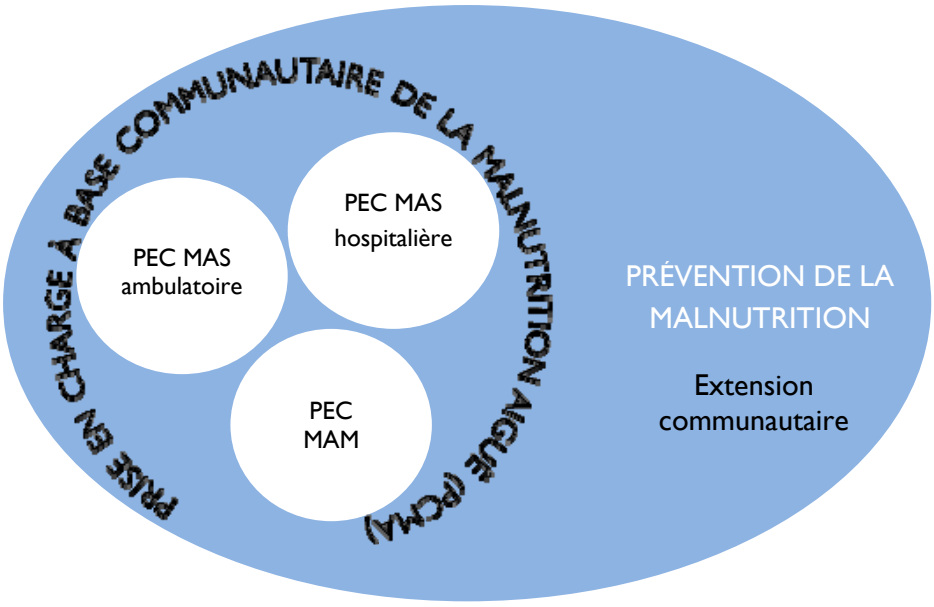
1. Bilan communautaire
2. Formulation de la stratégie d'extension communautaire
3. Mise au point de messages et de matériel
4. Mobilisation et formation communautaires

Discussion en groupe : Le pouvoir de l'extension communautaire.

Dessinez la **Figure 3.1** (ci-après) sur une grande feuille et revoyez les composantes de la PCMA. Demandez aux participants pourquoi l'extension communautaire entoure les autres composantes.

Comblez les lacunes dans la discussion, en faisant remarquer que l'extension communautaire vient alimenter les autres composantes et que c'est le rouage qui leur permet de bien fonctionner. L'expérience recueillie en matière de PCMA nous montre bien des fois que la PEC MAS ambulatoire sans l'extension communautaire arrive rarement à augmenter l'accès et la fréquentation de la PCMA (la couverture). Aussi, le dépistage communautaire et la référence au niveau communautaire sont-ils nécessaires pour faire en sorte que la couverture atteigne des niveaux acceptables et que la MAS soit identifiée et traitée de manière précoce, ce qui permettra d'obtenir de bons résultats cliniques et diminuera la charge de travail dans la PEC MAS hospitalière.

Figure 1 : Composantes centrales de la PCMA



Brainstorming et discussion en groupe : Obstacles à la participation à la PCMA. Demandez aux participants de réfléchir aux obstacles auxquels peut se heurter une communauté et qui risquent d'entraver la participation à la PCMA. Inscrivez leurs réponses sur une grande fiche et complétez :

- **Peu de connaissance** des soins de santé et de nutrition au sein de la communauté desservie
- **Mobilisation trop** ambitieuse, faisant qu'un trop grand nombre d'enfants non éligibles se sont présentés et ont été refusés
- **Les critères de référence et d'admission ne sont pas alignés :** si le périmètre brachial [PB] est utilisé pour les dépistages communautaires mais que l'admission finale sur le site se base sur l'indice du poids par rapport à la taille [le rapport P/T], certaines personnes référées seront refusées au site, cela nuira à la réputation du programme.
- Les gens ont connaissance des nouveaux soins nutritionnels mais **les traditions médico-culturelles locales ne font pas le rapprochement entre l'émaciation avancée ou les gonflements et la sous-nutrition,** car la connaissance des médicaments et traitements traditionnels est plus forte.
- Il risque d'y avoir **une stigmatisation dans la communauté ou bien l'influence des pairs ou des membres de la famille** décourage les gens à venir
- La mobilisation communautaire ou le choix du site a ignoré **les gardiens ou les dirigeants influents de la communauté**
- D'autres **soins de santé primaires** ne sont pas bien vus par la communauté (pour diverses raisons : ils n'ont pas de médicaments, les heures sont irrégulières, le personnel est débordé, les files d'attente sont longues) et si la PCMA s'installe dans un tel centre de santé, elle se donnera une image négative rien que par association.
- L'**emplacement des sites PEC MAS ambulatoire** n'est guère pratique et demande aux gens des communautés ciblées de se déplacer sur de longues distances ou alors risque de ne plus être accessible à certains moments de l'année à cause des inondations saisonnières.
- La participation est **interrompue par des modes de travail saisonniers** qui n'entrent pas dans le contrôle de la PCMA, comme les familles qui quittent un temps leur domicile pour faire les récoltes dans des champs ou fermes plus éloignés.

OA.1

Exercice 3.1 Jeu de rôle sur les barrières à l'accès. Vérifiez que les personnes qui vont participer au jeu de rôle (copie ci-dessous) ont les cartes qui ont été distribuées à l'avance (voir **Préparation à l'avance**). Expliquez que le jeu de rôle est une série de scènes se déroulant entre la mère et les autres acteurs. Passez cinq minutes avec tous les acteurs pour répondre aux questions qu'ils peuvent avoir et proposez diverses manières de rendre leur performance plus réaliste.

Le public (c'est-à-dire les autres participants qui ne jouent pas dans le jeu de rôle) ne devrait pas être présent lorsque vous expliquez les rôles aux acteurs. On peut par contre lui demander de participer à la scène finale où il pourra jouer la foule de ceux qui viennent par curiosité et de ceux qui viennent se faire traiter au site PEC MAS ambulatoire.

Après le jeu de rôle, aidez les participants à faire une liste des obstacles et à analyser le scénario :

- Laquelle de ces barrières risque effectivement d'exister dans votre propre communauté ?
- Quels sont les facteurs entravant la participation ?
- Quelles mesures peuvent être prises pour éliminer ces barrières ?

Mère de la communauté : Vous êtes la mère de cinq enfants, vivant dans une communauté qui se trouve à deux heures de marche du dispensaire public le plus proche. Votre fillette de deux ans a été malade depuis la naissance de sa petite sœur il y a six mois. Vous avez essayé de nombreux remèdes locaux mais rien ne semble l'aider à se remettre. Maintenant elle est très maigre et n'a presque plus d'énergie. Vous vous faites du souci. Vous avez entendu que des gens venaient à la maison pour mesurer le bras des enfants mais vous ne savez pas vraiment pourquoi ils le font. Vous ne croyez pas trop dans ces bénévoles car certains sont les mêmes que ceux qui sont venus l'an dernier comme « messagers de santé » et ont taraudé les gens sans fin pour qu'ils construisent des latrines. Imaginez vous qu'une famille semble-t-il a même dû payer une amende parce qu'elle a refusé de construire une latrine. Votre mari (qui est absent pour le moment) vous a bien dit de ne pas laisser rentrer ces gens dans votre concession. Lorsque le messager arrive et vous demande s'il peut voir vos enfants, vous ne savez vraiment pas quoi faire. D'une part vous ne voulez pas désobéir à votre mari mais d'autre part vous ne voulez pas fâcher le président de la communauté en refusant de laisser entrer ces émissaires. Et quand le messager vous affirme qu'il ne vient pas pour voir votre latrine, vous le laissez passer un peu à contrecœur d'ailleurs. Et pour commencer, vous ne songez même pas à lui montrer votre fillette malade.

Bénévole nutritionnel (homme ou femme) : Vous avez suivi une formation pour prendre les mesures du périmètre brachial des enfants, en allant de porte à porte. Vous êtes en charge de quatre communautés, y compris la vôtre. Vous n'avez pas une éducation trop poussée mais vous êtes intelligent et vous êtes respectés par les gens de votre communauté qui vous connaissent bien que vous soyez jeune. Certes, vous savez que vous êtes capable de mesurer le périmètre brachial mais vous n'avez pas encore assisté à une journée ou séance de PEC MAS ambulatoire car le poste de santé est éloigné et vous ne savez donc pas très bien ce qui se passe avec les enfants que vous référez à cet endroit. Ici, vous commencez plutôt mal car il y a quelques mois, vous avez demandé aux mères et/ou accompagnant(e)s des enfants dans vos communautés de rassembler leurs enfants en un seul endroit pour qu'ils soient vaccinés. Seulement voilà, les vaccins ne sont pas arrivés à temps et les mères ont attendu en vain. Vous avez dû prendre un second rendez-vous et certaines mères vous en veulent encore de leur avoir fait perdre toute la matinée. La mère qui se trouve devant vous semble hésiter, un peu inquiète, mais vous sentez que probablement vous pourriez la convaincre de vous laisser voir ses enfants. Une fois qu'elle vous laisse finalement entrer dans la concession, vous ne pouvez pas répondre à toutes ses questions. Aussi, vous essayez de souligner deux points importants, pour elle et son mari qui vient de rentrer : 1) vous essayez de sauver la vie des enfants les plus malades et 2) il existe un nouveau traitement pour les enfants qui souffrent de malnutrition grave et ce traitement peut être administré à la maison et la mère ou accompagnante de l'enfant n'a plus besoin de passer des semaines à l'hôpital de la ville avec l'enfant.

Première voisine : Vous passez la martinée dans la concession de votre amie (la mère de la communauté) quand vous voyez arriver le messager de la santé. Vous le reconnaissez ou la reconnaissez car c'est la personne qui vous a fait perdre votre matinée pour ces fameuses vaccinations et vous lui êtes ouvertement opposée. Pourquoi votre amie va-t-elle perdre son temps avec ces nouveaux soins? Et ce sont bien des collègues à lui ou à elle qui font que les gens doivent payer des amendes parce qu'ils ne veulent pas de latrines ? Quand votre amie lui montre son enfant malade, vous voyez bien que ce n'est pas un problème de sous-nutrition, la cause en est le lait maternel « qui a tourné ». Vous conseillez à votre amie d'aller chercher des racines auprès du guérisseur dans la communauté, de les faire bouillir et ensuite de baigner l'enfant dans cette eau. Mais votre amie finit par accepter d'aller au site PEC MAS ambulatoire et vous l'aidez donc en gardant ses autres enfants pour la journée et en faisant la cuisine au mari.

Mari : Vous rentrez chez vous pour trouver votre femme qui parle avec le messager de la santé et d'abord, cela vous agace de le trouver dans votre concession. Mais une fois que vous réalisez qu'il (ou elle) n'est pas venu pour contrôler si vous avez une latrine, vous vous détendez. A vous maintenant de choisir entre le remède traditionnel dont parle votre voisine et les conseils du messager conseillant à votre femme de se rendre au poste de santé où l'enfant peut recevoir un nouveau traitement que la mère peut rapporter à la maison. Vous n'êtes pas opposé à ce que votre femme se rende au poste de santé mais par le passé, vous avez constaté que des enfants dans cet état étaient emmenés du poste à l'hôpital du district sanitaire avec leur mère qui a dû y passer des semaines pendant que l'enfant était traité. Vous aimez beaucoup votre petite fille et vous souhaitez qu'elle aille mieux mais vous craignez également les conséquences pour votre famille. Comment la famille va-t-elle manger ? En plus c'est la saison où il faut nettoyer et désherber les champs et si votre femme s'absente de chez elle, pour aller au poste de santé, la récolte risque d'être moins bonne. Vous aimeriez qu'on vous rassure et qu'on vous dise qu'elle reviendra bien vite à la maison.

Seconde voisine (sur la route du retour) : Vous revenez du site PEC MAS ambulatoire et vous êtes plutôt de mauvaise humeur. Hier, on vous a demandé d'assister à un dépistage dans votre communauté. Vous avez attendu toute la matinée sous le soleil pendant que les enfants étaient mesurés. Votre enfant a été référé au site PEC MAS ambulatoire. Mais aujourd'hui, alors que vous avez marché plus d'une heure pour aller au poste de santé, l'agent de santé a mesuré à nouveau l'enfant et a refusé de l'admettre. Vous et plusieurs autres mères, vous avez attendu pour parler au chef du poste car vous pensez que les mesureurs ont triché. Après tout vous êtes venu avec une note ! Le programme a pris toute la journée, le personnel de santé était débordé et à bout de nerfs et la foule se faisait de plus en plus pressante. Aussi vous êtes reparties chez vous sans présenter votre plainte. Sur le chemin du retour, vous rencontrez une femme de la communauté voisine (mère de la communauté) qui vous dit qu'elle a été référée au même programme. Vous lui racontez votre histoire en lui conseillant avec amertume de ne pas perdre son temps.

Infirmière de la PEC MAS ambulatoire : Vous avez passé toute votre matinée à examiner les enfants dans le cadre de ces nouveaux soins. Vous êtes bien contente qu'il existe finalement un traitement efficace pour les enfants avec malnutrition aiguë mais les choses ne peuvent pas continuer ainsi d'une manière aussi désorganisée. Les gens se trouvent partout dans le poste de santé demandant nourriture et assistance. Après tout, ce n'est pas la place du marché ici. Vous êtes infirmière mais de plus en plus on vous demande de gérer une opération d'approvisionnement alimentaire. Tant de stress vous rend irritable surtout quand vous voyez les mères revenir exprès dans la file d'attente alors qu'elles viennent d'être rejetées il y a quelques minutes. Tiens en voila une (mère de la communauté) qui essaye de s'infiltrer dans la ligne pour accéder la PEC MAS ambulatoire sans même aller d'abord dans la ligne du dépistage. Non vraiment ! L'irritation monte en vous et sur un ton mauvais, vous lui dites de s'en aller. La foule s'en mêle. Alors que vous revenez vous occuper de l'enfant qui se trouve devant vous, la dernière image que vous voyez est celle de la mère entourée de gens qui lui crient des conseils tous plus contradictoires les uns que les autres.

OA.1

Groupes de travail : Surmonter les obstacles à l'extension communautaire. Divisez les participants en groupes de travail et demandez-leur de se reporter à l'**Exercice 3.2 Surmonter les obstacles entravant la participation communautaire à la PCMA**. Faites remarquer qu'il présente un récapitulatif de certains des obstacles dont nous venons de parler. Demandez aux groupes de travail de réfléchir aux types de personnes qui devraient participer à la planification de l'extension communautaire pour venir à bout de ces obstacles et quelles sont les mesures qu'il faudrait prendre à ce niveau. Discutez-en.

Demandez aux participants de se reporter au **Document 3.1** pour lecture supplémentaire.

OBJECTIF D'APPRENTISSAGE 2 : Identifier les éléments clés d'un bilan communautaire

OA.2

FORMATEUR : Prendre connaissance du **Document 3.2 Bilans communautaires** et **Document 3.3 Etapes et méthodes du bilan communautaire**.

>>**Etape un : Bilan communautaire**
Etape deux : Formulation de la stratégie d'extension communautaire
Etape trois : Mise au point de messages et de matériel
Etape quatre : Mobilisation et formation communautaires

Discussion en groupe : Le rôle du bilan communautaire. Indiquez aux participants que c'est la première étape dans la préparation pour l'extension communautaire de la PCMA. En plénière, demandez aux participants pourquoi il est important de faire un bilan communautaire, quelles informations doivent être recueillies et comment elles seront utilisées. Comblez les lacunes dans la discussion en faisant remarquer que :

- Le bilan est l'occasion d'envisager la participation communautaire, l'accès et la fréquentation de la PCMA (la couverture), d'une manière systématique et dans un contexte de mise en œuvre spécifique.
- Pour supprimer le mieux possible les barrières à la participation, le bilan communautaire doit montrer comment la communauté est organisée, comment les gens voient la sous-nutrition, comment les nouveaux soins seront probablement reçus et comment la communauté peut mieux soutenir le volet extension.
- Le bilan communautaire doit être utilisé comme une occasion d'identifier et de reconnaître les limites de la connaissance que le personnel peut avoir de la communauté locale.

Exposé participatif : En quoi consistent les bilans communautaires. Revoyez le contenu sur le **Document 3.2 Bilans communautaires, section B** en indiquant les deux grandes questions auxquelles doivent répondre les bilans communautaires : 1) qu'est-ce qui risque d'influencer la demande pour la PCMA au niveau local, et 2) comment l'extension communautaire peut-elle être organisée (offre) pour répondre le plus efficacement possible à cette demande ?

Groupes de travail : Méthodes de bilan communautaire. Divisez les participants en groupes de travail de quatre ou cinq. Demandez-leur de se reporter au **Document 3.2 Section B.** Demandez-leur de penser à leurs propres communautés et aux facteurs les plus pertinents qui influencent la demande chez eux. Rappelez-leur que le bilan est l'occasion d'identifier et de reconnaître les limites dans la connaissance que le personnel a de la communauté. Demandez-leur à qui il faudrait demander dans la communauté quels sont les facteurs influençant la demande. Demandez à un groupe de faire le compte rendu en plénière.

Demandez aux mêmes groupes de réfléchir à l'aspect «offre » et essayez de répondre aux questions dans le **Document 3.2, Section C.** Comme pour l'aspect « demande », demandez quelles sont les personnes dans la communauté qui peuvent vous aider à répondre à ces questions. Demandez à un autre groupe de faire le compte rendu en plénière.

Demandez aux participants de se reporter au **Document 3.3 Etapes et méthodes de bilan communautaire.** Revoyez en plénière et discutez des différences entre leurs réponses aux étapes du bilan et celles figurant sur le document.

OA.2

Exposé participatif : Méthodes de bilan communautaire. En vous reportant t à nouveau au **Document 3.3**, attirez l'attention des participants sur le fait que :

- Les méthodes de bilan varient mais elles sont qualitatives du style Evaluation Rurale Rapide (ERR) ou Estimation Rurale Participative (ERP).
- Il faut évaluer l'accès et la fréquentation à l'information secondaire pertinente.
- L'objectif consiste à générer rapidement des informations concrètes et non à produire un long rapport.
- Les étapes et les méthodes dans le **Document 3.3** constituent le minimum recommandé qui peut ensuite être augmenté si on dispose de ressources supplémentaires.

OBJECTIF D'APPRENTISSAGE 3 : Identifier les étapes clés de la formulation d'une stratégie d'extension de la PCMA

OA.3

FORMATEUR : Prendre connaissance du **Document 3.4 Extension communautaire : Du bilan à la stratégie**, **Document 3.5 Stratégie d'extension communautaire**, **Document 3.6 : Choix des personnes qui seront chargées du dépistage communautaire**, **Exercice 3.3 Comparaison des modèles de dépistage**, et **Exercice 3.4 Fiche de travail : Choix des personnes qui seront chargées de l'extension communautaire**

Etape un : Bilan communautaire
>>Etape deux : Formulation de la stratégie d'extension communautaire
Etape trois : Mise au point de messages et de matériel
Etape quatre: Mobilisation et formation communautaires

Brainstorming : Points clés des bilans communautaires. Indiquez aux participants que la formulation d'une stratégie d'extension est la seconde étape dans la préparation de la stratégie d'extension communautaire de la PCMA. Demandez aux participants de récapituler certains des points clés obtenus à partir du bilan communautaire et qui pourraient former la base de la stratégie d'extension. Voici des réponses possibles :

- Les objectifs et la nature de la PCMA : court terme ou long terme ; aidée par une organisation non gouvernementale (ONG) ou gérée par le Ministère de la Santé (MS) ; intégrée, temporaire ou indépendante.
- Conditions favorables et barrières influençant la participation (la demande) dans la communauté.
- Ressources et capacités influençant la disponibilité des soins (l'offre), surtout en ce qui concerne l'extension communautaire.

Groupes de travail : Du bilan communautaire à la stratégie. Divisez les participants en quatre groupes de travail. Dites-leur que vous allez expliquer quatre conclusions différentes d'un bilan communautaire en Ethiopie et que vous souhaitez que chaque groupe discute d'une de ces conclusions en voyant comment la stratégie de l'extension communautaire pourrait traiter cet aspect.

1. Sur le plan local, on attribue diverses causes au gonflement et à l'émaciation. Elles ne sont pas toutes liées à l'alimentation. Les causes sont attribuées à l'allaitement pendant la grossesse, à l'exposition du bébé à la lumière directe du soleil, aux mauvais esprits et au mécontentement des ancêtres.
2. Les familles ayant des enfants malades se tournent souvent d'abord vers l'église ou la mosquée pour emprunter de l'argent pour le traitement.
3. Personne dans la communauté ne comprend bien la relation entre la PCMA proposée et le dépistage anthropométrique qui la précède pour évaluer les rations alimentaires
4. Un groupe d'agents de santé communautaire (ASC) ou des bénévoles font déjà des visites à domicile pour l'éducation sanitaire. Seules les ASC qui savent lire et écrire reçoivent une formation régulière.

Demandez à chaque groupe de travail de faire le compte rendu de leurs commentaires et de discuter ensemble. Demandez aux participants de se reporter au **Document 3.4 Extension communautaire : de l'évaluation à la stratégie** et de comparer les « implications pour la stratégie » trouvées dans la seconde colonne avec les réponses du groupe de travail. Discutez et comblez les lacunes.

Exposé participatif et brainstorming : Méthodes de dépistage.

Expliquez aux participants que l'aspect le plus important d'une stratégie d'extension communautaire est probablement la manière dont sera réalisé le dépistage communautaire.

Définissez les trois modèles trouvés de dépistage communautaire dans le **Document 3.5 Stratégie d'extension communautaire :**

- Dépistage par la recherche des cas en porte à porte
- Dépistage par la recherche des cas dans la communauté
- Dépistage passif

Demandez aux participants de décrire certains facteurs favorisant le choix du modèle (ou la séquence ou combinaison). Voici quelques réponses possibles: degré de MAS dans la communauté, connaissance des signes de la MAS au sein de la communauté, accessibilité et dispersion des maisons, réseaux existants d'ASC et leur charge de travail, temps et ressources disponibles pour la formation et l'extension, caractère permanent ou temporaire du dépistage communautaire.

Pratique : Déterminer les méthodes du dépistage communautaire.

Alors que les participants travaillent toujours en groupe, demandez-leur de se reporter à l'**Exercice 3.3 Comparaisons des modèles de dépistage communautaire.** En prenant les trois modèles de dépistage communautaire en séquence, demandez aux groupes de discuter des catégories et de remplir la matrice. Rappelez-leur certains des facteurs susmentionnés et, si nécessaire, démarrez la discussion en demandant lesquels des modèles conviennent au début et lesquels sont plus pertinents pour les phases ultérieures. En discutant des réponses, faites remarquer qu'il n'existe pas de « réponse juste » pour chaque situation. La leçon la plus importante qui est tirée de cet exercice est la suivante : un grand nombre des décisions sont des compromis faisant l'équilibre entre le côté pratique pour les membres communautaires et le côté pratique pour les agents de santé.

Exposé participatif : Choix des personnes qui seront chargées du dépistage communautaire.

Indiquez aux participants qu'une fois la décision prise quant au type de dépistage communautaire à utiliser, l'équipe devra déterminer qui peut entreprendre le plus facilement ce travail. Dans certains contextes, les options sont très limitées et le choix est évident. S'il existe plusieurs options disponibles, il est utile d'envisager systématiquement les forces et les faiblesses de chacune afin d'arriver au meilleur équilibre ou compromis possible.

Demandez aux participants de consulter le **Document 3.6. Qui s'occupera de la recherche des cas en porte-à-porte**. L'exemple vient d'Ethiopie . La matrice classe les candidats pour le dépistage communautaire au moyen d'une simple échelle avec trois caractéristiques : X est la partie la plus basse de l'échelle et XXX la partie la plus élevée. La conclusion à laquelle on est arrivé dans ce cas, c'est que les trois types d'ASC avaient des traits en leur faveur mais que seul l'animateur sanitaire pouvait réaliser les visites à domicile et accepter un surcroît de travail.

EXERCICE 3.3 COMPARAISON DES MODÈLES DE DÉPISTAGE COMMUNAUTAIRE (AVEC RÉPONSES)

Modèle	Convient pour	Forces	Faiblesses
Recherche de cas en porte à porte	**Le démarrage et la suite** Situations où la meilleure manière d'annoncer les nouveaux soins consiste aussi à aller de porte à porte pour identifier des cas de malnutrition Situations où des ASC ou bénévoles sont facilement disponibles Situations où la fragmentation sociale ou d'autres facteurs empêchent les ménages de se rassembler pour un dépistage communautaire	Permet de trouver plus facilement des cas « cachés » à la maison à cause de la stigmatisation, d'un diagnostic erroné ou d'autres facteurs.	Demande un nombre bien plus important d'ASC ou de bénévoles formés Risque d'être difficile à maintenir dans le long terme Les mesures du PB prises par les ASC ou les bénévoles risquent de ne pas toujours être exactes sans formation de haute qualité. Si les visites sont trop fréquentes, la recherche de cas devient une intrusion dans la vie familiale.
Recherche de cas dans la communauté (continue ou de pointe)	**Le démarrage et la suite** Situations où les familles emmènent déjà les enfants à un endroit central pour d'autres soins de santé (vaccinations, PEC MAM) et communautaire (marché, funérailles). Communautés où la distance entre les ménages fait qu'il est difficile de faire des visites à domicile Situations où les ASC ou bénévoles pour faire du porte à porte ne peuvent pas être recrutés aisément. Situations où probablement les gens n'auront pas honte à présenter en public un enfant avec une malnutrition grave.	Moins d'effort pour les agents d'extension que dans le cas de dépistage de porte à porte Moins de personnes nécessaires que pour le porte à porte, on peut donc insister lors de la formation sur l'apprentissage de la mesure du PB par un nombre moins élevé de participants à la formation.	Le rassemblement d'un trop grand nombre de ménages dans un seul endroit crée de la confusion et représente une perte de temps pour les familles. Risque de reproduire les modes d'accès existants, convenant aux familles qui sont déjà bien desservies alors que les plus marginalisées restent chez elles . Les ASC ou les bénévoles ne peuvent pas venir sans être annoncés. Les gens doivent être mis au courant de l'arrivée des équipes de dépistage et cela exige une planification à l'avance et par la suite, il est important de s'y tenir.
Recherche de cas passive	**Après le démarrage,** surtout dans les contextes où la prévalence de la MAS est faible Peut être utilisée en combinaison avec le dépistage communautaire périodique N'est pas encore très utilisée pour la PCMA	Les ressources sont ciblées vers ceux qui sont les plus susceptibles de rencontrer des enfants malnutris alors que le reste de la communauté n'a pas besoin de supporter une mobilisation style campagne qui risque de lui faire perdre son temps.	Utiliser n'importe quel candidat en se rappelant que certaines personnes qui conviennent bien à ce rôle de dépistage passif n'ont pas toujours de bonnes relations de travail avec le système de santé du MS ce qui fait que les références vers la PCMA ne sont pas fiables, par exemple, les gardiens pu les dirigeants influents de la communauté (les dirigeants traditionnels et religieux, les guérisseurs, les accoucheuses) ou encore le personnel d'une clinique privée.

Pratique : Choix des personnes pour le dépistage communautaire.

Répartissez les participants en groupes selon leurs districts sanitaires et demandez à chaque groupe de remplir sa propre matrice en utilisant **L'exercice 3.4 : Fiche de travail : Choix des personnes qui seront chargées de l'extension communautaire**, en fonction des ASC et des bénévoles locaux. Demandez-leur de faire une liste et d'envisager les avantages et les qualités de trois catégories au moins de candidats :

1. Agents communautaires : ASC, distributeurs/éducateurs communautaires de la planification familiale, bénévoles, bénévoles de soins à domicile, distributeurs de la vitamine A
2. Autres agents : agents de la vulgarisation agricole, agents responsable du bien-être social, agents des projets des ONG
3. Personnalités communautaires : enseignants, prêtres ou catéchistes, enseignants des lycées, leaders culturels, guérisseurs traditionnels

Exposé participatif : Assurer le suivi des cas à risque.

Les visites à domicile ne sont demandées que pour les cas à risque, et non pour la majorité des cas de PEC MAS ambulatoire, et par conséquent, les cas qui ne représentent pas de problèmes peuvent être aisément négligés. Rappelez aux participants qu'il n'en reste pas moins important de tenir compte de ces cas.

Tout comme les dispositions pour le dépistage, les plans pour les visites à domicile devraient être faits avant que les premiers cas de PEC MAS ambulatoire n'arrivent. Le personnel disponible pour les visites à domicile varie d'un site PEC MAS ambulatoire à un autre et il est donc impossible d'avoir une « modèle unique » qui conviendrait à tous. De fait, les responsabilités doivent être décidées séparément pour chaque site.

OBJECTIF D'APPRENTISSAGE 4 : Quels sont les aspects à envisager pour la formulation et l'utilisation des messages de la PCMA

OA.4

FORMATEUR : Prendre connaissance de l'**Exercice 3.1 Jeu de rôle sur les barrières à l'accès et la fréquentation de la PCMA** et du **Document 3.7 Mise au point de messages et de matériel uniformisés pour la PCMA** et du **Document 3.8 Référence : Messages du prospectus.**

Etape un : Bilan communautaire
Etape deux : Formulation de la stratégie d'extension communautaire
>>Etape trois : Mise au point de messages et de matériel
Etape quatre : Mobilisation et formation communautaires

Discussion en groupe : Importance de messages PCMA uniformisés

Rappelez aux participants que la formulation des messages et la mise au point du matériel représente la troisième étape dans la préparation pour l'extension communautaire de la PCMA. En plénière, expliquez que les messages les plus importants sont des messages simples et uniformisés décrivant le programme lui-même. Demandez aux participants de décrire pourquoi c'est important. Rappelez-leur l'**Exercice 3.1 Jeu de rôle sur les barrières à l'accès**. Voici des réponses possibles :

- Expliquer clairement comment les soins sont proposés et à qui
- S'assurer que la communauté dispose d'une information exacte et non pas de rumeurs qui peuvent nuire à la participation communautaire ainsi qu'à l'accès et la fréquentation de la PCMA
- Faciliter la diffusion de l'information par la bouche à oreille

Brainstorming : Formuler des messages uniformisés de la PCMA.

Demandez aux participants de réfléchir à l'information essentielle (quoi ? comment ? qui ? où ? quand ?) qu'ils doivent diffuser pour s'assurer que la communauté comprend bien en quoi consiste la PCMA. Marquez les réponses sur une grande fiche, et comblez les lacunes en puisant dans le contenu du **Document 3.7 Formuler des messages simples et uniformisés de la PCMA, Section A.** Soulignez l'importance d'utiliser des messages clés pour répondre aux préoccupations et aux problèmes soulevés par le bilan communautaire.

Groupes de travail : Mettre au point et utiliser des prospectus.

Décrivez le processus de création d'un prospectus à partir des messages uniformisés sur la PCMA (simplifier les messages, traduire dans les langues locales, traduire à nouveau dans la langue originale pour vérifier, photocopier, diffuser et corriger les conceptions erronées une fois les prospectus distribués et corriger le cas échéant). Demandez aux participants de travailler en groupes de trois à quatre et de réfléchir aux différents endroits et publics où les prospectus pourraient être diffusés dans la communauté. Demandez-leur également de réfléchir à leurs propres conditions locales et de voir comment le prospectus pourrait être utilisé pour communiquer par le biais de la radio, des systèmes de discours publics etc. Discutez-en et demandez aux participants de se reporter au **Document 3.7 Section B** et **au Document 3.8 Référence : Messages du prospectus.** Comparez les réponses.

OBJECTIF D'APPRENTISSAGE 5 : Discuter des préparations pour la mobilisation et la formation communautaires

OA.5

FORMATEUR : Prendre connaissance du **Document 3.9 Actions clés de la mobilisation et de la formation communautaires.**

Etape un : Bilan communautaire
Etape deux : Formulation de la stratégie d'extension communautaire
Etape trios : Mise au point de messages et de matériel
>>**Etape quatre : Mobilisation et formation communautaires**

Exposé participatif : Préparations pour la mobilisation et la formation communautaires. Demandez aux participants de se reporter au **Document 3.9 Actions clés de la mobilisation et de la formation communautaires**, en leur rappelant qu'il s'agit de la quatrième étape de la préparation pour l'extension communautaire de la PCMA. Faites l'ébauche des quatre grandes actions qui entrent dans la mobilisation et la formation communautaires :

- Etablir des communications fiables entre les agents de santé et la communauté
- Aider les communautés à choisir les agents d'extension si c'est nécessaire
- Former les agents d'extension (ASC ou bénévoles) pour qu'ils puissent faire le dépistage
- Engager les partenaires de la société civile

Pour chacune des actions clés, demandez aux participants pourquoi l'action est importante en utilisant le contenu dans la deuxième colonne (« pourquoi ? ») du **Document 3.9** comme guide de la discussion. Ensuite, décrivez les éléments de la colonne trois (« comment ? ») Et répondez aux questions.

Groupes de travail : Utiliser la mobilisation et la formation pour intégrer la communication pour le changement de comportement (CCC) de la PCMA. Expliquez aux participants qu'en recherchant des facteurs causatifs des taux de prévalence de la MAS, les agents de santé de la PCMA pourraient trouver moyen d'introduire ou de renforcer les messages préventifs dans les tâches de routine de la PCMA. Demandez aux participants de former des groupes de travail de trois ou quatre personnes et de discuter des différentes manières dont les activités de la mobilisation et de la formation communautaires pourraient être élargies et utilisées pour identifier les messages pertinents sur le changement de comportement, accéder à l'information, l'éducation et la communication (IEC) ainsi qu'aux outils de la CCC et créer un mécanisme pour les diffuser.

En voici des exemples :

- Une fois la PCMA établie, les agents de santé de la PCMA pourraient parler avec les agents d'extension pour discuter les principales causes sous-jacentes des admissions de la MAS jusqu'à présent.
- L'équipe de gestion sanitaire du district sanitaire, les comités de gestion, les organismes d'exécution intervenant dans la région et les structures sanitaires locales ont probablement accès à toute une gamme de matériel de CCC et d'IEC sur divers facteurs contribuant à la MAS (aliments de sevrage, allaitement maternel

exclusif, variété alimentaire)

- Les agents d'extension qui réalisent le dépistage et prennent le PB au niveau de la communauté ou du foyer pourraient recevoir une simple formation portant sur la prise en charge de la diarrhée afin de pouvoir répondre aux questions qu'on leur pose lors de leurs visites dans la communauté. Ou encore, les agents de santé de la PEC MAS ambulatoire pourraient parler aux mères de la planification familiale lors des visites pour la PCMA.

SYNTHÈSE ET ÉVALUATION DU MODULE

Méthode proposée : Revoir les objectifs d'apprentissage et remplir la fiche d'évaluation

- Revoyez les objectifs d'apprentissage du module. Ce module traite des éléments suivants :

    1. L'importance de l'extension communautaire pour les résultats de la PCMA
    2. Les obstacles qui peuvent entraver la participation communautaire à la PCMA
    3. Les champs d'enquête qui composent le bilan communautaire
    4. Les étapes pour passer du bilan à la stratégie
    5. Pourquoi il est important de simplifier et d'uniformiser les messages de la PCMA
    6. Les principales étapes à suivre pour démarrer une extension communautaire active de la PCMA

- Demandez aux participants s'ils ont des questions et du feedback sur le module.

- Demandez-leur de se reporter au **Document 3.10 Eléments et séquence de l'extension communautaire de la PCMA**.

- Rappelez aux participants qu'ils auront l'occasion de rencontrer des dirigeants influents de la communauté, des ASC, des bénévoles et des mères et/ou accompagnant(e)s des enfants lors de la visite sur le terrain pour l'extension communautaire.

- Demandez aux participants de remplir la fiche d'évaluation du module.

VISITE SUR LE TERRAIN POUR L'EXTENSION COMMUNAUTAIRE

La visite sur le terrain est l'occasion pour les participants de s'exercer à réaliser les étapes nécessaires pour mettre au point une stratégie et un plan d'action de l'extension communautaire. Lors de la visite sur le terrain, les participants organiseront des entretiens avec un des quatre groupes suivants : dirigeants influents de la communauté, ASC, bénévoles, un groupe de jeunes mères et accompagnant(e)s des enfants et un groupe de mères et accompagnant(e)s des enfants plus âgés y compris les grand-mères. Les participants consolideront ensuite les résultats des entretiens, formuleront un prospectus (avec les messages à communiquer) et commenceront à concevoir une stratégie d'extension communautaire et un plan d'action.

Il peut être difficile de faire une pratique des activités réalistes d'extension communautaire dans une région où la PCMA est déjà fournie. La visite se fait idéalement dans un endroit qui n'est pas desservi par la PCMA.

Les préparations consistent à rencontrer les dirigeants influents de la communauté pour organiser les entretiens, à choisir les membres communautaires pour les entretiens de groupe, à trouver des traducteurs, à prendre les dispositions nécessaires pour les transports et à formuler de simples guides d'entretien (listes de questions). Les formateurs devront utiliser des contacts dans la communauté pour prendre ces dispositions.

Le temps accordé à cette visite sur le terrain ne représente qu'une fraction du temps nécessaire pour couvrir tous les aspects de l'extension communautaire. Cette visite en particulier insiste sur l'évaluation communautaire, la stratégie et le matériel.

Ces remarques ébauchent les activités à réaliser pendant la visite. Elles ne remplacent pas les aides techniques de la recherche qualitative comme les techniques de groupe de discussions ni les connaissances et compétences du formateur. C'est à celui-ci de juger en fonction du contexte local pour adapter le contenu du module. Il ou elle attire l'attention des participants sur les normes culturelles ou communautaires pour qu'ils puissent les respecter (par exemple, la manière de s'habiller ou de se présenter).

Activités de visite sur le terrain	Document à emporter
1. S'exercer à faire des entretiens communautaires	• Guide d'entretien mis au point et fourni par le formateur • Document 3.4 Extension communautaire : de l'évaluation à la stratégie • Document 3.8 Référence : Messages du prospectus • Document 3.11 Liste de vérification pour la visite de terrain
2. Consolider les résultats des entretiens	
3. S'exercer à rédiger un prospectus	
4. S'exercer à formuler une stratégie et un plan d'action de l'extension communautaire	

MATÉRIEL

- Cahier

PRÉPARATION À L'AVANCE

- Une semaine à l'avance, prenez les dispositions avec les dirigeants influents de deux communautés pour organiser huit réunions de deux heures dans les communautés. Quatre réunions seront organisées simultanément dans chaque communauté. Il

vaudrait mieux que les deux communautés soient très différentes l'une de l'autre (du point de vue environnement, ethnie et accessibilité) bien que cela dépende du niveau d'homogénéité et de la disponibilité des ressources, surtout des moyens de transport.

- Conseils :
  - Expliquez aux dirigeants influents de la communauté que le but des réunions est d'apprendre à des agents santé à faire des consultations dans la communauté et à ce propos, ils poseront des questions sur les pratiques nutritionnelles.
  - Choisissez sept personnes pour chaque groupe communautaire.
  - Les groupes des mères et/ou accompagnants des enfants devront si possible regrouper des personnes venant de différentes parties de la communauté mais qui sont à l'aise pour s'entretenir et parler ensemble. Il ne faudrait pas que les groupes soient dominés par une seule personne.
  - Les entretiens doivent se dérouler dans un endroit où les gens ne seront pas dérangés par des passants curieux. Point besoin que cela se fasse à l'intérieur. Il faut également éviter un endroit connecté avec une force puissante comme le conseil municipal ou l'église/mosquée.
  - Les sites des entretiens dans chaque communauté devront être suffisamment éloignés pour ne pas se déranger mutuellement tout en laissant le formateur circuler entre eux.

- Lorsque vous prenez les dispositions pour les sites, n'oubliez pas de demander des traducteurs pour chacun des groupes car les participants ne parlent pas toujours la langue locale. Ce n'est pas toujours facile car une bonne traduction dépend autant du tempérament que de la compétence linguistique. Il suffira d'ailleurs que les traducteurs parlent et lisent le français. Point besoin d'utiliser des traducteurs professionnels ou des personnes qui ont une maîtrise plus avancée en français écrit.

- Un ou deux jours à l'avance, les formateurs feront à nouveau le tour du contenu du Module 3, surtout les sections se rapportant au bilan communautaire, à la formulation d'une stratégie d'extension communautaire et à la mise au point de messages et de matériel.

- Un ou deux jours à l'avance, les formateurs mettront au point trois guides d'entretien simples (listes des questions) couvrant des questions pour les dirigeants influents de la communauté, les ASC et les bénévoles ainsi que pour les deux groupes de mères et/ou accompagnants des enfants. Les formateurs devront adapter les questions aux contextes locaux.

- La veille de la pratique, affectez chaque participant à un des huit groupes. Demandez aux participants de choisir deux modérateurs et un rapporteur pour chaque groupe. Distribuez les guides d'entretien et demandez aux participants de les revoir et de prendre connaissance du contenu avant les entretiens. Demandez aux modérateurs/interviewers de décider des questions que chacun posera. Vérifiez que les rapporteurs ont les cahiers pour noter la discussion.

- La veille, vérifiez que les moyens de transport sont disponibles et envoyez un message à la communauté pour confirmer l'heure d'arrivée de l'équipe. Il serait bon que vous vous rendiez dans les communautés pour vérifier que toutes les dispositions pour les entretiens avec les groupes sont en place et répondre aux questions que pourraient avoir les membres communautaires.

ACTIVITÉ 1 DE LA VISITE SUR LE TERRAIN : Pratique des entretiens communautaires

Petits groupes de travail : Faire des entretiens avec les dirigeants influents de la communauté, les ASC et les bénévoles, les mères et accompagnants jeunes et les mères et accompagnantes plus âgées, y compris les grands-mères. Les entretiens seront faits à l'aide des guides mis au point par les formateurs.

Formez de petits groupes de travail avec un modérateur et un rapporteur.

- Transportez les participants dans les deux communautés.
- Remerciez les dirigeants influents de la communauté de permettre cette occasion d'apprentissage et ensuite demandez aux participants d'aller rejoindre le groupe auquel ils ont été affectés.
- Dans chaque communauté, un formateur au moins circule entre les groupes d'entretien, notant les progrès et aidant à résoudre les problèmes ou le manque de compréhension.
- Dans chaque groupe, demandez aux deux modérateurs désignés de travailler à tour de rôle pour poser les questions et gérer l'entretien.
- Après l'entretien, le rapporteur devrait voir si certains points ont besoin être clarifiés. Une fois que les personnes interviewées sont parties, le rapporteur complète les notes du groupe avec l'aide des autres participants.
- Se reporter au **Document 3.11 Liste de vérification de l'équipe pour la visite d'extension communautaire sur le terrain**

ACTIVITÉ 2 DE LA VISITE SUR LE TERRAIN : Consolider les résultats des entretiens

Présentation des groupes de travail, feedback/discussion : Consolider et présenter les résultats

- Demandez aux groupes de participants de consolider les résultats de chaque groupe communautaire qu'ils ont interviewé à l'aide des questions des guides d'entretien et de la session de bilan communautaire de ce module.
- Demandez à chaque groupe de présenter ses résultats et de les inscrire sur une grande fiche. Aidez à faire ressortir les idées principales des présentations des groupes. L'information est triangulée.
- Demandez aux participants de discuter de leurs expériences en ce qui concerne les entretiens. Faites une évaluation en fonction de l'observation des entretiens.
- Guidez les participants tout au long d'un processus de révision des guides d'entretien, en soulignant que la discipline de la révision quotidienne en fonction du nouvel éclairage de ce qu'ils ont appris représente une partie importante du bilan.
- Insistez sur le fait que les nouvelles connaissances tirées des premiers entretiens

restent préliminaires. Normalement, une telle enquête est faite pour chaque groupe de sites PEC MAS ambulatoire.

- Faites une courte liste des nouvelles connaissances et perceptions qui se sont présentées pour guider la discussion de la stratégie.

- Se reporter au **Document 3.11 Liste de vérification de l'équipe pour la visite d'extension communautaire sur le terrain**.

ACTIVITÉ 3 DE LA VISITE SUR LE TERRAIN : Mettre au point un prospectus

GROUPES DE TRAVAIL : METTRE AU POINT UN PROSPECTUS

- Formez cinq groupes de travail.

- Utilisez le **Document 3.8 Référence : Messages du prospectus** comme exemple et demandez à chaque groupe de travailler en plusieurs étapes dont : discuter et se mettre d'accord sur les principaux messages, récapituler les points importants, écrire le texte en phrases complètes et se mettre d'accord sur la formulation et les termes puis condenser le texte dans son langage le plus simple possible pour un brouillon « final. »

- Si le temps le permet, les formateurs peuvent demander aux traducteurs (deux par groupe) de traduire le prospectus dans la langue des utilisateurs locaux de la PCMA. Les deux traducteurs devront le faire indépendamment, comparer leurs versions et discuter des différences avec les participants pour choisir la version la plus exacte.

- Demandez aux groupes de partager leurs prospectus.

- Discutez en plénière.

ACTIVITÉ 4 DE LA VISITE SUR LE TERRAIN : Pratique de l'élaboration d'une stratégie et d'un plan d'action pour l'extension communautaire

Discussion en groupe : Stratégie et plan d'action pour l'extension communautaire

- En utilisant le **Document 3.4 Extension communautaire : Du bilan à la stratégie** comme modèle, aidez les participants à revoir les connaissances tirées des entretiens qui étayent les conclusions pour la stratégie. Insistez sur le fait que les conclusions doivent être pratiques et réalistes.

- Structurez la discussion en demandant aux participants d'envisager au moins les points suivants : quelle est la durée appropriée de l'extension communautaire, combien de temps faut-il pour le dépistage communautaire et quel modèle utiliser, quels sont les avantages et les inconvénients des réseaux existants de ASC ou de bénévoles et quelle devrait être la participation de la société civile et des autres partenaires en dehors du système de santé. Si vous avez le temps, vous pouvez traiter certaines questions stratégiques en groupes plus petits et comparer les conclusions des groupes.

- Récapitulez la stratégie qui commence à prendre forme avec les points importants

sur la grande feuille, en passant en revue les idées principales du bilan qui ont étoffé les conclusions.

- Demandez aux participants de structurer les plans d'action le long de l'axe suivant : forger une relation continue avec la communauté, aider la communauté à choisir les agents d'extension, former des bénévoles pour réaliser le dépistage et engager des partenaires de la société civile.

- Au vu des connaissances qu'ils ont acquises sur la communauté, demandez aux participants comment ils répartiraient le temps pour les différentes activités de mobilisation.

MODULE TROIS

LES DOCUMENTS POUR L'EXTENSION COMMUNAUTAIRE

Objectifs d'apprentissage	Documents à distribuer et exercices
1. Expliquer l'importance de l'extension communautaire pour les résultats que souhaite obtenir la PCMA.	▪ Document 3.1 Principes de l'extension communautaire dans le contexte de la PCMA ▪ Exercice 3.1 Jeu de rôle sur les barrières à l'accès ▪ Exercice 3.2 Surmonter les obstacles entravant la participation communautaire à la PCMA
2. Identifier les éléments clés d'un bilan communautaire	▪ Document 3.2 Bilan communautaire ▪ Document 3.3 Etapes et méthodes du bilan communautaire
3. Identifier les étapes clés de l'extension communautaire de la PCMA	▪ Document 3.4 Extension communautaire : du bilan à la stratégie ▪ Document 3.5 Stratégie d'extension communautaire ▪ Document 3.6 Exemple : Qui s'occupera du dépistage communautaire ? ▪ Exercice 3.3 Comparaison des modèles de dépistage communautaire ▪ Exercice 3.4 Fiche de travail : Choix des personnes qui seront chargées de l'extension communautaire
4. Discuter des divers aspects à envisager lors de la formulation et de l'utilisation des messages de la PCMA	▪ Document 3.7 Formuler des messages simples et uniformisés de la PCMA ▪ Document 3.8 Référence : Messages du prospectus
5. Discuter des préparations pour la mobilisation et la formation communautaires	▪ Document 3.9 Actions clés de la mobilisation et la formation communautaires
Synthèse et évaluation du module	▪ Document 3.10 Eléments et séquence de l'extension communautaire de la PCMA

DOCUMENT 3.1
Principes de l'extension communautaire dans le contexte de la PCMA

L'extension communautaire est un volet essentiel de la Prise en charge de la malnutrition aiguë (PCMA) également pour la prise en charge hospitalière de la malnutrition aiguë sévère (PEC MAS hospitalière), de la prise en charge ambulatoire de la malnutrition aiguë sévère (PEC MAS ambulatoire), et de la prise en charge de la malnutrition aiguë modérée (PEC MAM).

C'est grâce à l'extension communautaire que la malnutrition aiguë est détectée à un stade précoce - avant que ne surviennent les complications médicales - et référée aux fins d'une prise en charge, améliorant non seulement le résultat clinique mais allégeant aussi la charge de travail des structures sanitaires avec sites PCMA. L'extension communautaire est vitale pour la PCMA dans un contexte quel qu'il soit, qu'elle soit mise en œuvre par des organisations non gouvernementales (ONG) ou le Ministère de la Santé ou qu'il s'agisse de la nutrition dans une situation d'urgence ou un contexte de développement stable.

Une fois la PCMA démarrée, l'extension communautaire se situe le long de l'axe suivant :

Dépistage communautaire actif pour une recherche précoce de cas et une référence rapide : Pour que la PCMA fonctionne efficacement et que la couverture (par exemple, ceux qui ont besoin du traitement suivent le traitement) atteigne des niveaux acceptables, il est indispensable de détecter les enfants souffrant de malnutrition aiguë à un stade précoce, généralement par le biais d'une recherche active de cas.

Visite de suivi à domicile pour les cas à risque : Pour une minorité de cas, les protocoles de la PCMA supposent une visite de suivi à domicile pour les raisons suivantes :

- Surveiller un enfant qui ne se développe pas ou qui ne répond pas bien au traitement
- Déterminer pourquoi un enfant ne s'est pas présenté à une séance de suivi de PEC MAS ambulatoire ou PEC MAM
- Déterminer pourquoi un enfant n'a pas terminé le traitement (exemple, un abandon)

Les étapes suivantes sont nécessaires pour établir efficacement les deux volets de l'extension communautaire :

- Bilan communautaire
- Formulation de la stratégie de l'extension communautaire
- Mise au point de messages et de matériel
- Mobilisation et formation communautaires

Ces étapes permettent aux agents de santé de la PCMA de comprendre et de prévoir les problèmes et les contraintes liés à la participation communautaire ainsi qu'à l'accès et la fréquentation de la PCMA, éléments sans lesquels la PCMA ne sera pas efficace. Elles favorisent également l'engagement et la responsabilisation communautaires. Avec une bonne préparation, l'extension communautaire peut créer un cycle de feedback positif dans la communauté faisant que les mères et les autres personnes s'occupant des enfants puissent se référer et s'orienter mutuellement vers les soins et étendant par là la couverture. L'absence de telles étapes signifie que toute erreur de calcul et d'appréciation risque d'engendrer un feedback négatif et de réduire la participation. Et s'il n'existe pas un bon accès aux soins et une bonne utilisation des soins, même les sites PCMA les mieux gérés n'auront qu'un impact limité.

A LA RECHERCHE DE L'EQUILIBRE

- Tant dans les contextes de développement que dans les contextes d'urgence, un objectif primaire consiste en une recherche active précoce des enfants avec MAS en cherchant à

déranger le moins possible la population. Les gens seront probablement prêts à accepter un certain dérangement pour obtenir une assistance pendant les urgences nutritionnelles mais là aussi il y a des risques. Une mobilisation trop large – exemple : où le dépistage d'un grand nombre d'enfants est fait mais peu finissent par être admis- risque de se retourner contre vous : la communauté peut se fâcher et ne voudra plus participer.

- Le défi consiste à **réglementer l'accès et la fréquentation** de la PCMA de la manière la plus efficace possible. Il existe toujours un moyen d'arriver à un bon **compromis ou équilibre :** lorsqu'on démarre la PCMA, les enfants qui ne sont pas éligibles ne doivent pas pouvoir venir alors qu'on doit encourager le plus grand nombre possible d'enfants éligibles à venir. Ainsi on crée un cycle de feedback positif car les mères rentrent des séances de PEC MAS ambulatoire avec de bonnes nouvelles.
- Si on ne réussissait pas cet équilibre, la PCMA partirait du mauvais pied et, surtout dans les situations d'urgence, on aurait des agents de santé complètement débordés face à une grande foule de personnes et en fin de compte, pour beaucoup , la PCMA se résumerait à une perte de temps.

ENGAGER LES BONS ACTEURS

- Il est bien plus facile d'arriver à cet équilibre si la PCMA est mise en œuvre par des personnes connaissant relativement bien la région, par exemple, les agents de santé du district sanitaire ou d'une ONG réalisant des programmes de santé ou de développement dans la région. C'est le cas aussi bien pour les contextes de développement que les situations d'urgence.

- L'extension communautaire n'est pas une chose nouvelle ou récente pour le secteur de la santé. Il faut chercher dans la mesure du possible à évaluer les systèmes et les intervenants de l'extension communautaire pour que la PCMA puisse s'en servir de fondation en les renforçant.

- L'affectation d'un membre du personnel dévoué qui sera responsable de gérer les activités d'extension communautaire favorise la réussite de la PCMA.

- La préparation de la PCMA commence généralement par une discussion entre les membres de l'équipe de gestion sanitaire du district sanitaire, les comités de gestion et les partenaires locaux.

- Les agents de santé sont au courant des pratiques de santé et connaissent probablement les **dirigeants influents de la communauté** (dirigeants d'opinion, chefs de village, autorités religieuses et traditionnelles, membres importants de la société civile, guérisseurs, accoucheuses) qui peuvent aider à faire accepter la PCMA ou au contraire qui risquent de mettre des bâtons dans les roues. Les agents de santé ont généralement les moyens de partager et de recevoir de l'information utile de la communauté.

- Voici le type de personnes qu'il faudrait engager dans les premières discussions pour explorer la question :
  - Médecin chef du district
  - Responsable de la structure de santé
  - Coordinateur de la santé maternelle et infantile du district
  - Superviseur des agents de santé communautaire (ASC)
  - Personnel des organisations à base communautaire (OBC) et/ou non gouvernementales (ONG) avec de liens forts dans la communauté
  - Dirigeants influents de la communauté connaissant bien les pratiques locales de recours aux soins

DOCUMENT 3.2
Bilan communautaire

L'**évaluation de la communauté** est la première étape dans la préparation de l'extension communautaire de la PCMA.

A. POURQUOI FAIRE UN BILAN COMMUNAUTAIRE?

Le bilan communautaire est l'étape de l'apprentissage dans la préparation à l'extension communautaire.

Les jeux de rôle et les discussions de groupe qui précèdent un bilan communautaire ont montré qu'il pourrait exister des obstacles à l'accès et à la fréquentation de la PCMA ainsi qu' à la participation communautaire à la PCMA. L'évaluation communautaire est l'occasion de les envisager de manière systématique dans un contexte de mise en œuvre spécifique.

Il faut identifier les obstacles éventuels à l'accès et à la fréquentation de la PCMA bien avant d'établir la PCMA. A cette fin, les planificateurs devraient avoir une bonne idée de la manière dont la communauté est organisée, comment la nutrition est vue dans ce milieu, comment les nouveaux soins risquent d'être accueillis et comment la communauté peut soutenir autant que possible le volet extension.

Les réponses à un grand nombre de ces questions semblent évidentes si la PCMA est mise en œuvre par le Ministère de la Santé (MS) ou une organisation non gouvernementale (ONG) ayant une longue expérience de travail dans la communauté en question. Par ailleurs, même le personnel du MS vient parfois de l'extérieur et ne parlera pas toujours aisément la langue locale.

Il est important que le bilan communautaire soit l'occasion d'identifier et de reconnaître les limites des connaissances du personnel de la communauté locale.

B. EN QUOI CONSISTE LE BILAN COMMUNAUTAIRE?

Une des manières d'envisager le bilan communautaire est sous l'angle 'offre et demande'. Deux grandes questions se posent auxquelles il faudra répondre :

- Quels sont les facteurs susceptibles de créer et d'influencer la demande locale pour la PCMA (la demande) ?
- Comment l'extension communautaire doit-elle être organisée pour répondre le plus efficacement possible à cette demande pour la PCMA (l'offre) ?

Pour comprendre la demande, il faut passer du temps dans la communauté et s'entretenir avec ses membres pour mieux saisir les opinions et les pratiques et voir où risquent de se nicher les inhibiteurs de la demande. Voici les **champs d'enquête** possibles :

- **Classification locale des maladies** pour les formes graves de la malnutrition aiguë ; les problèmes de santé peuvent être traités comme quelque chose d'autre qu'un problème nutritionnel, exigeant donc une communication spéciale.

- **Attitudes face aux soins de santé formels :** ceci inclut d'identifier quels sont les autres soins de santé dispensés par le biais du système de santé du gouvernement et comment ils sont perçus par la population. Si les gens n'ont pas une très bonne opinion des soins de santé publique, cela pourrait diminuer l'utilisation de la PCMA.

- **Autres filières de traitement** (pharmaciens, praticiens privés ou guérisseurs traditionnels) : Parfois ils occupent un rôle aussi important ou plus important que les soins de santé du MS.

- **Homogénéité / hétérogénéité de la communauté :** Divers aspects définissant leur identité (langue, appartenance ethnique, religion, politique) risquent de diviser les communautés, demandant donc que les informations et les soins soient dispensés en donnant un accès égal à tous ou en faisant des efforts spéciaux pour atteindre les groupes exclus ou marginalisés.

- **Autres barrières éventuelles à l'accès et à la fréquentation de la PCMA**:

  - **Peu de connaissance** de la PCMA au sein de la communauté desservie
  - **Mobilisation trop** ambitieuse, faisant qu'un trop grand nombre d'enfants non éligibles se sont présentés et ont été refusés à l'admission
  - **Les critères de référence et d'admission ne sont pas alignés** (à savoir, le périmètre brachial [PB] est utilisé pour les dépistages communautaires d'émaciation grave mais l'admission finale à la PCMA est basée sur le rapport poids- taille). Ainsi certaines personnes référées pourraient être refusées et le programme se fait une mauvaise réputation
  - Les gens seront peut-être au courant des nouveaux soins nutritionnels mais **les traditions médico-culturelles locales ne font pas le rapprochement entre l'émaciation ou les gonflements et la sous-nutrition,** l'utilisation et la connaissance des médicaments et traitements traditionnels sont plus fortes.
  - Il risque d'y avoir **une stigmatisation dans la communauté ou bien l'influence des pairs ou des membres de la famille** décourage les gens de venir
  - La mobilisation communautaire ou le choix du site a ignoré **des dirigeants influents** de la communauté
  - D'autres **soins de santé primaires** ne sont pas bien vus par la communauté (pour diverses raisons, par exemple, il n'y a pas de médicaments, les heures sont irrégulières, le personnel est débordé, les files d'attente sont longues) et si la PCMA s'installe dans une telle structures sanitaire, elle se fera une image négative rien que par association.
  - L'**emplacement des sites PEC MAS ambulatoire et PEC MAM** n'est guère pratique et demande aux gens des communautés ciblées de se déplacer sur de longues distances ou alors risque de ne plus être accessible à certains moments de l'année à cause des inondations saisonnières.
  - La participation est **interrompue par des modes de travail saisonniers** qui n'entrent pas dans le contrôle des soins, par exemple les familles qui quittent un temps leur domicile pour faire les récoltes dans des champs ou fermes plus éloignés.

Comprendre l'offre suppose également qu'on organise des discussions au niveau de la communauté (généralement en même temps qu'est faite l'enquête ou l'exploration de la demande) tout en demandant également aux évaluateurs d'envisager des facteurs institutionnels et organisationnels au niveau de la structure sanitaire et du district sanitaire. Voici des exemples de questions qu'il faudra se poser :

- **Qui s'occupera du dépistage communautaire ?** Recrutera-t-on dans les réseaux existants les agents de santé communautaire [ASC], éducateurs sanitaires, animateurs de santé, distributeurs de contraceptifs, agents de soins à domicile, bénévoles, ou autres agents de santé? Existe-t-il d'autres agents communautaires comme les agents de la vulgarisation agricole ou agents de protection sociale auxquels on pourrait confier cette tâche ? Lesquels d'entre eux semblent les plus estimés et respectés dans la communauté ?

- **Où la supervision de dépistage devrait-elle se situer ?** A qui et comment rendent compte actuellement les agents d'extension ? Ce contact est-il fiable ? Existe-t-il une visite de suivi à domicile de la part de l'infirmière de la santé maternelle et infantile ou d'autres membres de l'équipe de gestion du district sanitaire?

- **Si on décide de faire appel aux bénévoles, quelles sont les limites locales du bénévolat?** Utilise-t-on des formes d'incitations autres que le paiement qui peuvent les motiver ?

- **Les liens entre les structures sanitaires et la communauté sont-ils solides et fiables ?** Comment les utiliser ou les améliorer pour susciter un sentiment d'appartenance au sein de la communauté face aux activités de la PCMA ?

- **Quels sont les dirigeants influents de la communauté qui doivent être engagés dans l'effort pour arriver à accéder pleinement à la communauté ?** (par exemple, pour le choix des bénévoles, pour la recherche des cas en faisant du porte à porte, pour communiquer le but de la PCMA) ?

- **Quels sont les canaux qui existent pour diffuser l'information sur la PCMA et quels sont les risques et avantages liés à chacune de ces filières ?** Si les éducateurs sanitaires peuvent effectivement s'avérer une bonne filière pour diffuser l'information auprès des ménages, ils risquent par contre de ne pas être très utiles s'ils ont la réputation de répéter simplement des messages peu réalistes (par exemple, encourager les familles à faire bouillir l'eau alors qu'il n'existe pratiquement pas de combustible, ou encore exhorter les familles à laver les vêtements alors que le savon est hors de prix). Dans ce cas, des dirigeants influents de la communauté auront plus de poids et seront un meilleur canal de communication.

DOCUMENT 3.3
Etapes et méthodes de bilan communautaire

Etape	Méthode	Champs d'enquête / Questions à répondre	Durée nécessaire
1: Définir les paramètres du programme de la PCMA	Communication pour confirmer les objectifs de la PCMA	• Est-ce une intervention à court terme pour traiter une urgence nutritionnelle ou est-ce que ce sera une partie permanente des soins de santé primaires ? • Sera-t-elle soutenue par une ONG ou gérée indépendamment par le MS ? Si des ONG participent, quel sera leur rôle ? • Dans quelle mesure, le programme sera-t-il intégré au système de santé existant ? • Le dépistage communautaire doit-il être fait uniquement au début ou en continu?	1-3 heures
2: Examen au niveau du district sanitaire pour comprendre le contexte local	Discussions au niveau district avec des informateurs clés des ONG/MS/société civile	• Les pratiques de recours aux soins • Cohérence/différence communautaire • Modes généraux de sous-nutrition (par exemple, saisonniers, spatiaux) • Réseaux disponibles des ASC et bénévoles • Alliés possibles (les dirigeants influents de la communauté, les sociétés civiles, le secteur privé de la santé)	1-2 jours ou peut-être plus pour prendre les contacts et les dispositions avec les éventuels collaborateurs.
3: Revue au niveau communautai -re pour compléter l'information réunie au niveau du district sanitaire	Discussions au niveau communautaire pour combler les lacunes d'information (information qui n'a pas pu être trouvée au niveau du district sanitaire)	• Une information supplémentaire sur les thèmes susmentionnés est recueillie dans les réunions communautaires avec les groupes séparés suivants : – Dirigeants influents de la communauté – ASC et bénévoles • Une attention spéciale est accordée à la recherche d'information sur des questions se rapportant aux groupes exclus et aux barrières culturelles (cas où les femmes ne peuvent pas se déplacer si elles ne sont pas accompagnées par un homme de la famille)	Varie grandement, dépendant de la taille et de l'homogénéité de l'aire du projet ; prévoir au moins une journée dans l'aire de chaque site PEC MAS ambulatoire mais tenir compte également du temps nécessaire pour prendre les rendez-vous pour les réunions.
4: Discussions au niveau des bénéficiaires	Entretiens avec les mères et/ou accompagnant(e)s des enfants pour trouver l'information	• Des aides visuelles décrivant la MAS sont utilisées lors des entretiens individuels ou collectifs pour réunir une information plus détaillée sur les aspects suivants :	2-4 jours suivant l'homogénéité culturelle et la facilité d'accès. Il est possible d'avoir des discussions avec les mères

pour déterminer perspectives, connaissance et vocabulaire de la MAS	manquante	– Noms des maladies et causes supposées – Indications des personnes qui ont vu et donc référé ces enfants – Attitudes envers les réseaux d'extension communautaire existants	et/ou accompagnant(e)s des enfants dans la structure sanitaire locale mais une meilleure information est obtenue si la discussion se déroule dans la communauté, à l'écart de la structure sanitaire.

DOCUMENT 3.4
Extension communautaire : du bilan à la stratégie

EXEMPLE DE L'ÉTHIOPIE

	Principaux résultats	**Implications pour la stratégie**
1.	Sur le plan local, on attribue diverses causes au gonflement et à l'émaciation. Elles ne sont pas toutes liées à l'alimentation. Les causes sont attribuées à l'allaitement pendant la grossesse, à l'exposition du bébé à la lumière vive du soleil , aux mauvais esprits et au mécontentement des ancêtres.	Inclure un volet communication qui utilise des termes locaux de maladie pour le gonflement et l'émaciation. Explorer toute une gamme de traitements locaux et essayer de faire participer les guérisseurs traditionnels pour qu'ils réfèrent les enfants vers la PCMA.
2.	Les familles ayant des enfants malades se tournent souvent d'abord vers l'église ou la mosquée pour emprunter l'argent nécessaire au traitement.	Avoir les églises et les mosquées comme premiers endroits d'une campagne pour informer les partenaires de la société civile à propos de la PCMA. Par la suite, elles peuvent également aider à référer les enfants.
3.	Personne dans la communauté ne comprend bien la relation entre la PCMA proposée et le dépistage anthropométrique qui précède pour l'attribution ciblée des rations alimentaires.	Prendre immédiatement des mesures pour éviter que la PCMA ne reçoive un grand nombre de personnes auto référées qui ne sont pas éligibles
4.	Un groupe d'ASC font déjà des visites d'éducation sanitaire à domicile mais seuls les agents qui savent lire et écrire reçoivent une formation régulière.	Utiliser ces ASC pour le dépistage communautaire de porte à porte. Mettre la priorité sur le groupe des illettrés et leur apporter une formation portant sur la mesure du périmètre brachial.

DOCUMENT 3.5
Stratégie de l'extension communautaire

La formulation d'une stratégie de l'extension communautaire est la seconde étape de la préparation pour le volet extension communautaire de la PCMA.

A. FAIRE UNE LISTE ET DISCUTER DES POINTS CLÉS QUI RESSORTENT DU BILAN COMMUNAUTAIRE

Une stratégie de l'extension communautaire est déterminée par les résultats du bilan communautaire. Le bilan aura mis au clair les questions générales sur les objectifs et la nature de la PCMA et aura fait ressortir les barrières et les possibilités entourant la participation dans la communauté.

D'autres questions subsistent, notamment pour déterminer qui participera et quelles sont les activités qui devront être réalisées en priorité pour élargir l'accès et la fréquentation de la PCMA et augmenter la participation à la PCMA. La réponse à ces questions se trouve dans l'évaluation et leurs implications devront être envisagées pour la stratégie d'extension.

Le produit de cette discussion de la stratégie sera une **liste des points clés et leurs implications** pour la PCMA. Point besoin que la liste soit élaborée ou compliquée. Elle peut généralement être faite point par point sur une simple feuille de papier.

B. DÉTERMINER LA MÉTHODE QUI CONVIENT LE MIEUX AU DÉPISTAGE COMMUNAUTAIRE

Un aspect essentiel de la stratégie d'extension consiste à décider comment sera effectué le dépistage communautaire. Les éléments suivants devront être envisagés : 1) faut-il un dépistage de masse style campagne au départ, soit pour juger des niveaux de la malnutrition aiguë sévère (MAS) soit pour sensibiliser à la PCMA ? 2) comment et quand transférer le dépistage actif des activités style campagne aux soins de santé primaires de routine ? 3) où le dépistage a-t-il les meilleures chances d'être maintenu avec un minimum d'aide externe ?

Généralement, les modes de dépistage communautaire entrent dans l'un des trois modèles suivants :

- **Recherche de cas en porte à porte.** Dans le cadre de cette approche, des agents d'extension circulent dans les communautés (généralement des ASC et des bénévoles) et effectuent des contrôles à domicile pour détecter les œdèmes bilatéraux et prendre les mesures du périmètre brachial. Cette approche s'avère parfois nécessaire au démarrage pour vérifier que toutes les poches de la communauté sont insérées et que toutes les familles sont au courant de la PCMA. Par ailleurs, si le nombre des admis est suffisamment élevé pour démontrer les avantages de la PCMA, les familles commencent généralement à venir d'elles-mêmes, et on peut ainsi passer à une forme moins active de recherche de cas.

- **Recherche de cas dans la communauté (activités continues ou de pointe).** Dans le cadre de cette approche, le contrôle des œdèmes bilatéraux et la mesure du PB sont effectués dans la communauté ou dans le quartier, en rassemblant les enfants de moins de cinq ans. On peut le faire en utilisant les ASC qui font leurs visites à domicile régulières ou en recrutant des bénévoles. Une recherche de cas communautaire non programmée peut également se faire lors d'activités et de rassemblements formels et informels dans la communauté, lors des jours de marché ou d'autres évènements ou sont présents beaucoup d'enfants. Cette approche est utilisée dans un grand nombre d'urgences nutritionnelles.

- **Dépistage passif.** Dans cette approche, l'initiative revient à la famille qui se rend directement aux structures sanitaires ou qui demande aux personnes formées dans la communauté de les référer vers la PCMA. Ceci ne pourra se faire qu'une fois la connaissance de la PCMA bien

établie. Ces personnes formées sont généralement des ASC résidents ou des membres bénévoles des soins de santé. Ou alors ce sont des enseignants, des membres des groupes de soins à domicile, des guérisseurs locaux ou d'autres personnes qui sont en contact avec des enfants dans le groupe d'âge de la PCMA.

Le modèle approprié à utiliser (ou séquence ou combinaison à utiliser) dans un contexte donné dépend de divers facteurs :

- Le niveau de prévalence de la MAS dans la communauté
- La connaissance des signes de MAS dans la communauté
- L'accessibilité des foyers et la répartition géographique des maisons : sont-elles rassemblées ou dispersées ?
- Les réseaux existants des agents d'extension : leur charge de travail leur permet-elle de faire des dépistages actifs ?
- Le temps et les ressources qui sont disponibles pour la formation des agents d'extension participant aux activités de dépistage
- Le caractère du dépistage communautaire : est-il envisagé de manière permanente ou temporaire ?

DOCUMENT 3.6
Exemple : Qui s'occupera de la recherche des cas en porte-à-porte

EXEMPLE DE L'ÉTHIOPIE

Type d'agent d'extension	**Description des tâches (y compris supervision)**	**Proximité aux cas**	**Portée de la couverture**	**Se prête à la formation**	**Peut accepter des tâches supplé-mentaires**	**Capable d'utiliser le PB**	**Accepté dans toutes les communautés**
Agent de santé communautaire	ASC supervisé par les agents de santé de la structure sanitaire	XX	X	XX	X	XXX	X
Bénévole	Bénévole supervisé par un ASC	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
Membres des groupes de soins à domicile	Les bénévoles des soins à domicile pour le VIH/SIDA (mais ils n'existent pas dans toute l'aire sanitaire)	XX	XX	XXX	XX	XX	XXX

XXX = élevé
XX = moyen
X = faible

DOCUMENT 3.7
Mise au point de messages et de matériel uniformisés et simples pour la PCMA

La formulation de messages et de matériel est la troisième étape de la préparation de l'extension communautaire de la PCMA.

A. UNIFORMISER LES MESSAGES DE LA PCMA

Le démarrage de nouveaux soins suscite toujours beaucoup d'intérêt et de spéculation de la part des membres communautaires et si on ne répond pas à cette curiosité en donnant la bonne information, les rumeurs qui peuvent nuire à la participation communautaire et à l'utilisation de la PCMA se propageront vite.

Les structures sanitaires dans les contextes des pays avec faible alphabétisation dépendent généralement du bouche à oreille pour échanger les nouvelles avec les communautés voisines. Les messages destinés aux comités de gestion et aux dirigeants influents de la communauté passeront par beaucoup de personnes avant d'arriver au destinataire final.

Il est important de formuler, d'uniformiser et de diffuser rapidement des messages clés, exprimés simplement et expliquant l'admission et les aspects pratiques des PEC MAS hospitalière et ambulatoire afin d'éviter toute confusion et problèmes au niveau de l'accès et de la fréquentation de la PCMA.

Notons par ailleurs que le but des messages clés n'est pas de changer les comportements ou les pratiques mais d'indiquer clairement comment la PCMA est fournie et à qui.

Les messages standards de la PCMA devraient :

- Décrire les enfants ciblés en utilisant les noms locaux des maladies pour les gonflements et l'émaciation, réunis lors du bilan.
- Expliquer les avantages de la PCMA, en faisant remarquer que les enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère (MAS) sans complications médicales peuvent être traités dans une structure sanitaire avec une prise en charge ambulatoire de la MAS (PEC MAS ambulatoire) une fois par semaine et qu'ils recevront un aliment thérapeutique prêt à l'emploi (ATPE) à domicile, ce qui veut dire que la mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant n'aura pas besoin de quitter la famille et que seuls les quelques enfants souffrant de MAS avec complications médicales et les nourrissons de moins de 6 mois avec MAS devront être traités dans une structure sanitaire avec une prise en charge hospitalière de la MAS (PEC MAS hospitalière).
- Indiquer l'heure et la date des séances de PEC MAS ambulatoire au site le plus proche.
- Expliquer le processus de référence, insistant sur le fait que l'enfant est mesuré près du domicile.
- Expliquer le cas échéant que les familles peuvent également venir d'elles-mêmes (autoréférence de l'enfant) avec des enfants souffrant de MAS en se rendant aux structures sanitaires avec sites PCMA les plus proches.
- Expliquer qu'un enfant sera réévalué à différents intervalles (hebdomadaire pour les séances de suivi) pour suivre son état nutritionnel et être hospitalisé si son état s'aggrave.
- Introduire l'ATPE non pas comme un aliment mais comme un médicament ou « aliment médicinal ou thérapeutique »
- Refléter les résultats de l'évaluation et traiter directement toute préoccupation ou tout problème.

B. CRÉER UN PROSPECTUS EN UTILISANT UN LANGAGE SIMPLE ET NON TECHNIQUE

Une fois que les messages standards de la PCMA ont été formulés en termes simples et non techniques, il est important de les imprimer dans les langues locales pour que chaque lecteur reçoive exactement la même information sans qu'il existe d'éventuelles barrières linguistiques.

Faire un prospectus ne coûte pas cher. Il suffit généralement d'utiliser une photocopieuse et du papier. Par contre, il faut bien penser aux préoccupations et à toutes les autres questions révélées par le bilan communautaire et il faut les traiter directement à l'aide de messages centraux sur la PCMA. Il est probable que plusieurs essais seront nécessaires pour extraire l'essence même et façonner le message dans son expression la plus simple. L'effort en vaut toutefois la peine. Cela prendra probablement une journée pour peaufiner les messages et ensuite prendre les dispositions pour les faire traduire dans la langue utilisée dans le foyer de la mère ou de l'accompagnant(e) de l'enfant. Les versions traduites devraient être retraduites pour assurer la fiabilité par quelqu'un qui n'a pas traduit les versions originales dans la langue locale. Après la diffusion, il faut garder un compte rendu avec toutes les conceptions erronées du prospectus pour pouvoir le revoir périodiquement.

C. COMMENT FAIRE LE MEILLEUR EMPLOI DU PROSPECTUS

- Utiliser le prospectus dans les réunions d'information avec les dirigeants influents de la communauté et du district. Leur demander de faire des annonces par le biais de leurs réseaux. Leur donner suffisamment de copies pour lire à haute voix le prospectus dans la communauté. Ils doivent être distribués avant que ne démarrent les activités de dépistage.
- Apporter les prospectus lors des réunions avec les partenaires de la société civile (organisations à base communautaire [OBC], églises, mosquées) et leur demander de les distribuer.
- Créer un prospectus séparé pour les groupes parlant des langues minoritaires dans la région.
- Adapter le prospectus pour traiter les problèmes spéciaux qui se présentent (confusion, par exemple, quand les gens ne comprennent pas bien la différence entre référence et admission).
- Quand c'est approprié, présenter avec des photographies des enfants avec le kwashiorkor et le marasme pour aider à identifier les enfants ciblés.
- Remettre des exemplaires aux agents d'extension qui savent lire pour qu'ils puissent diffuser une information exacte. Ils peuvent utiliser les prospectus pour faire des annonces lors de rassemblements formels et informels (enterrement, jour de marché, point d'eau, réunion des comités communautaires).
- Envisager d'utiliser la radio qui s'est avérée un moyen utile de diffusion des messages de la PCMA

Document 3.8
Référence : Messages du prospectus

1. EXEMPLE DE LUSAKA, ZAMBIE

LES FAMILLES QUI ONT DES ENFANTS TRÈS MAIGRES OU GONFLÉS PEUVENT RECEVOIR UNE AIDE MAINTENANT

Le nouveau traitement

Un nouveau traitement est disponible à présent au centre de santé pour les enfants de moins de cinq ans qui souffrent de malnutrition aiguë. Les enfants qui sont très maigres ou qui ont des pieds qui commencent à enfler mais qui n'ont pas de complications médicales n'ont plus besoin de passer un long séjour à l'hôpital. Il existe maintenant un nouvel aliment médicinal (thérapeutique) qu'on peut donner à ces enfants. Les familles peuvent l'utiliser pour que leurs enfants reprennent du poids à domicile.

Comment savoir si votre enfant a besoin de ce traitement

On prend la mesure du bras de l'enfant et on vérifie ses pieds pour déterminer si l'enfant est éligible pour ce traitement. La mesure du bras est prise avec un mètre ruban, pareil à celui qu'utilisent les tailleurs sur la place du marché. C'est un contrôle rapide sans douleur qui ne demande pas qu'on prenne du sang ou qu'on donne une piqûre à l'enfant. Diverses personnes ont été formées dans cette communauté. On leur a appris à utiliser le mètre ruban, et ainsi dans certains cas, la mesure sera donc prise par une personne que l'enfant ou la famille connaît déjà.

Si vous connaissez un enfant très maigre ou dont les pieds ont commencé à gonfler, parlez de ce nouveau traitement avec ses parents ou gardiens. Ils peuvent demander aux voisins le nom de la personne formée pour prendre la mesure du bras ou alors ils peuvent aller directement au centre de santé.

Points importants à se rappeler

- Le traitement sera offert chaque _____ matin au dispensaire_____ .
- Le traitement aidera même les enfants *très* malades. Et vu que l'enfant peut rester à la maison, la mère ou gardien peut s'occuper de lui en même temps qu'elle prend soin de ses autres enfants. Seulement, l'aliment médicinal est *uniquement* pour l'enfant malade. Il ne faut pas le partager avec les autres.
- Le traitement est composé de médicaments et d'un aliment médicinal préparé à base d'arachides qui se présente sous forme de pâte et l'enfant n'aura donc aucun mal à l'avaler. Les résultats sont généralement très rapides.

(Remarque : Le paragraphe suivant devra être adapté au contexte)

- Suivant les communautés, les maladies des enfants maigres et gonflés ont des noms différents. De nos jours, on l'appelle souvent njala, mais dans certains endroits, on dira qu'un enfant souffre de njisi (anyonkela), matufya, kalyondeyonde, midulo, kulowewa, ou kulozedwa. Ou l'enfant sera *osila* ou *dayonda*. Les familles qui soupçonnent ces maladies devraient demander qu'on contrôle les bras et les pieds de leurs enfants car le nouveau traitement pourra aider ces enfants.

2. EXEMPLES DU GHANA

3.8

A. Lettre pour sensibiliser les groupes de la société civile/dirigeants influents de la communauté et du district d'Agona

Date :
Adresse postale/Non de l'institution :

Cher Monsieur/Madame,

NOUVEAU TRAITEMENT POUR LES ENFANTS AVEC MALNUTRITION AIGUË GRAVE (TRÈS MAIGRES OU GONFLÉS)

Un nouveau traitement est à présent disponible à l'hôpital Swedru, et dans les centres de santé de Kwanyako, Abodom, Duakwa et Nsaba qui dépendent de la direction sanitaire du district d'Agona. Ce traitement est destiné aux enfants qui sont très maigres ou qui ont des pieds enflés (montrant des signes de malnutrition aiguë sévère ou MAS). Ces enfants ont besoin d'un traitement médical et d'une récupération nutritionnelle spécifique et doivent être référés vers un centre de santé. Si un enfant avec MAS a un bon appétit et aucune complication médicale, l'enfant n'aura pas besoin d'aller à l'hôpital. Il ou elle peut être traité à la maison et suivi lors des séances de suivi hebdomadaires dans le centre de santé. Si un enfant avec MAS n'a pas d'appétit ou s'il a une complication médicale, alors il ou elle sera hospitalisé pendant une courte durée jusqu'à ce que la complication soit résolue et ensuite, il recevra un traitement supplémentaire au centre de santé et à domicile. Les enfants de moins de six mois qui sont très maigres ou qui ont des pieds enflés auront besoin de soins spécialisés à l'hôpital.

Pour déterminer si un enfant est éligible pour ce traitement, on mesure son bras dans la communauté pour voir s'il/elle est trop maigre et on observe ses deux pieds pour voir s'ils sont enflés. Si l'enfant est référé au centre de santé, il ou elle est mesuré à nouveau et un bilan médical de son état est fait . Si l'enfant est trop maigre mais qu'il/elle a bon appétit et qu'il/elle n'a pas de complications médicales, il/elle reçoit gratuitement une quantité hebdomadaire de l'aliment médicinal.

La mesure du bras est prise à l'aide d'un mètre ruban pareil à celui qu'utilisent les tailleurs sur la place du marché. Cette mesure peut être prise par de nombreux types de personnes. Les agents de santé communautaire ou les bénévoles des communautés dans la zone des centres de santé mentionnée sont formés et savent prendre les mesures. Il y a de bonnes chances que ce soit une personne connue de la famille ou que l'enfant connait déjà.

Si vous connaissez un enfant qui est très maigre ou dont les pieds sont enflés, parlez aux parents ou aux gardiens de ce nouveau traitement. Ils peuvent également demander aux voisins s'ils connaissent un agent de santé ou un bénévole qui a été formé pour prendre la mesure ou ils peuvent se rendre directement au centre de santé.

Nous savons que ce nouveau traitement aidera beaucoup le district à soutenir la récupération des enfants sous-alimentés et nous souhaitons vivement votre coopération. N'hésitez surtout pas à me contacter si vous souhaitez des explications ou des informations supplémentaires.

Salutations distinguées,
Directeur de la santé du district

B. Lettre de sensibilisation aux cliniques privées du district d'Agona

Date :
Adresse postale :

Cher Monsieur/Madame,

Sujet : Prise en charge à base communautaire de la malnutrition aiguë (PCMA)

Dans le cadre de sa mission visant à améliorer la qualité et l'accessibilité des soins de santé dans le district d'Agona, les Services de Santé du Ghana ont introduit un nouveau traitement pour les enfants de moins de cinq ans avec une forme grave de malnutrition aiguë (œdèmes bilatéraux ou émaciation grave). Ces soins sont appelés la prise en charge à base communautaire de la malnutrition aiguë (PCMA). De cette manière, le traitement pour les enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère peut être donné proche de leur domicile et ces enfants ainsi que leur mère ou autre personne qui s'occupe d'eux n'auront plus besoin de passer de longs séjours dans le service de pédiatrie ou le centre de récupération nutritionnelle, ce qui était nécessaire auparavant pour traiter la sous-nutrition.

Les enfants avec MAS ont besoin à la fois d'un traitement médical et d'une récupération nutritionnelle et doivent être référés vers un centre de santé. Si l'enfant avec MAS a bon appétit et n'a pas de complications médicales, il ou elle peut être traité à la maison et suivi lors des séances de suivi hebdomadaires au centre de santé. Si un enfant avec MAS n'a pas d'appétit ou a des complications médicales, il ou elle sera hospitalisé pendant un bref temps à l'hôpital Swedru jusqu'à ce que la complication médicale soit résolue et ensuite il ou elle recevra un traitement supplémentaire au centre de santé ou à domicile. Les enfants de moins de six mois qui sont très maigres ou qui ont des pieds enflés auront besoin de soins spécialisés à l'hôpital.

Le traitement qui est gratuit comprend des antibiotiques, des vermifuges et des antipaludique, des suppléments de vitamine A et un aliment thérapeutique prêt à l'emploi (ATPE) appelé **Plumpy'nut®**. Le traitement est donné au niveau du centre de santé et les familles des enfants éligibles peuvent l'emporter à la maison. Le dépistage précoce des cas et la référence rapide pour recevoir le traitement sont indispensables pour éviter les complications médicales.

Un contrôle des enfants est fait dans les communautés et dans les centres de santé pour déterminer la présence d'œdèmes bilatéraux et un dépistage est également fait de l'émaciation grave en prenant la mesure du périmètre brachial avec un bracelet gradué spécialement afin de déterminer si l'enfant est éligible pour être admis à la PCMA au centre de santé.

Nous aimerions engager dans notre effort différents prestataires de soins de santé, y compris les cliniques privées, pour nous aider à identifier les enfants avec MAS afin qu'ils puissent être traités à ce stade précoce. Actuellement, les soins sont fournis dans cinq endroits (Hôpital de Swedru et centres de santé de Kwanyako, Abodom, Duakwa et Nsaba) relevant de la Direction sanitaire du District d'Agona et nous espérons que ces soins seront étendus à d'autres centres de santé du District d'Agona. Aussi, aimerions-nous vous demander de bien vouloir mettre au courant tous les membres du personnel, surtout dans les soins ambulatoires, pour qu'ils réfèrent les enfants avec des œdèmes bilatéraux et émaciation grave aux centres de santé susmentionnés afin que ces enfants puissent y recevoir le traitement indiqué. L'équipe de la PCMA sera heureuse de fournir à votre centre de santé les mètres et brassards et de former votre personnel pour qu'il puisse dépister les enfants avec la MAS.

Nous savons que ce nouveau traitement aidera beaucoup le district à soutenir la récupération des enfants malnutris et nous souhaitons vivement votre coopération. N'hésitez surtout pas à me contacter si vous souhaitez des explications ou des informations supplémentaires.

Salutations distinguées,
Directeur de la santé du district

C. Messages de sensibilisation – Annonce publique dans le district d'Agona

3.8

MESSAGE À TOUTES LES MÈRES OU AUTRES PERSONNES QUI S'OCCUPENT D'ENFANTS ENTRE SIX MOIS ET CINQ ANS, DE LA PART DES SERVICES DE SANTÉ DU GHANA

Un nouveau traitement est à présent disponible pour les enfants de moins de cinq ans souffrant de malnutrition aiguë sévère (MAS, très maigre, ou gonflé). Ces enfants ont besoin d'un traitement médical et d'une récupération nutritionnelle spécifique et doivent être référés vers un centre de santé. Si un enfant avec MAS a un bon appétit et aucune complication médicale, l'enfant n'aura pas besoin d'aller à l'hôpital. Il ou elle peut être traité à la maison et suivi lors de visites hebdomadaires dans le centre de santé. Si un enfant avec MAS n'a pas d'appétit ou s'il a une complication médicale, alors il ou elle sera hospitalisé pendant une courte durée jusqu'à ce que la complication soit résolue et ensuite, il recevra un traitement supplémentaire au centre de santé et à domicile. Les enfants de moins de six mois qui sont très maigres ou qui sont gonflés auront besoin de soins spécialisés à l'hôpital Swedru.

Comment savoir si votre enfant a besoin de ce traitement

Certaines personnes dans votre communauté ont reçu une formation pour prendre la mesure du bras de l'enfant avec un petit mètre ruban et contrôler si les deux pieds de l'enfant sont enflés.

Traitement

Tous les enfants qui sont maigres ou gonflés sont envoyés au centre de santé où la mesure du bras et le gonflement sont à nouveau contrôlés. Si les enfants ont de l'appétit et sont bien portants du point de vue clinique, ils reçoivent un traitement médical et un approvisionnement d'une semaine d'un aliment médicinal appelé **Plumpy'nut®.** Seuls les enfants qui sont très petits ou très malades devront recevoir des soins hospitaliers.

Si vous connaissez un enfant qui semble très maigre ou dont les pieds sont enflés, parlez de ce nouveau traitement à ses parents ou aux autres personnes qui s'occupent de lui. Ils peuvent demander aux voisins s'ils connaissent un agent de santé, un bénévole ou une autre personne qui peut prendre la mesure du bras. Ils peuvent également se rendre directement aux centres de santé suivants n'importe quel jour (les jours de soins sont les suivants) :

- Hôpital de Swedru le lundi
- Centre de santé de Kwanyako le mercredi
- Centre de santé d'Abodom le mercredi
- Centre de santé Nsaba le vendredi
- Centre de santé de Duakwa le vendredi

DOCUMENT 3.9
Actions clés de la mobilisation et de la formation communautaires

Quoi ?	Pourquoi ?	Comment ?
Mettre en place une communication fiable entre les agents de santé et la communauté	La mise en œuvre de la PCMA dépend de bonnes relations entre les agents de santé et la communauté, tant au début lorsque la PCMA est expliquée que par la suite. Au départ, des accords doivent être passés avec la communauté concernant les responsabilités conjointes (activités quotidiennes dans les sites PEC MAS ambulatoire, dépistage communautaire, identification des bénévoles, visite de suivi à domicile pour les cas à risque) Des problèmes peuvent se présenter par la suite (par exemple : abandons, non réponses au traitement, décès précoces ou tardifs) pour lesquels il faudra demander conseil à la communauté pour savoir quelles sont les mesures correctives qui doivent être prises.	• Organiser des réunions d'orientation avant le démarrage pour expliquer le but de la PCMA. • Chercher conseils et engagement auprès des partenaires du secteur de la santé mais aussi auprès d'autres dirigeants influents de la communauté. • Chercher d'autres moyens de diffuser rapidement les messages, sans coût supplémentaire, par exemple les réunions régulières avec les dirigeants influents de la communauté. • Utiliser au maximum le prospectus et ajuster le contenu si nécessaire • Profiter des mécanismes existants pour engager les dirigeants influents de la communauté face aux questions sanitaires locales.
Aider les communautés à choisir les agents d'extension, si nécessaire	Si des bénévoles sont utilisés pour le dépistage, il est utile de prendre part au processus de sélection – sans pour autant contrôler la sélection – afin que les bénévoles comprennent bien ce qu'ils devront faire par la suite. Si des ASC sont utilisés, il est également utile de participer pour que les dirigeants influents de la communauté aient une bonne idée de ce qui est nécessaire et que le comité de gestion et les agents de santé soient impliqués.	• Préciser le niveau d'effort attendu de la part des agents d'extension • Expliquer que le besoin de faire du dépistage intensif diminuera après le démarrage, mais qu'un système de dépistage de routine est instauré. • Essayer de recruter des agents d'extension qui - sont acceptés dans les foyers de tous les membres communautaires - sont à l'aise pour se déplacer entre les communautés et au sein de celles-ci - sont des gens de confiance qui traiteront de manière honorable les familles - sont prêts à aider dans les sites PEC MAS ambulatoire si nécessaire - ont confiance dans leur capacité à apprendre, s'ils ne savent pas lire
Former des agents d'extension (ASC, bénévoles) pour qu'ils réalisent le dépistage communautaire	L'évaluation précise des œdèmes bilatéraux et la mesure du périmètre brachial demandent une formation de base. Il n'est pas toujours facile d'apporter une formation de bonne qualité à un grand nombre d'agents d'extension car il faut une pratique individuelle considérable pour le périmètre brachial. Ces formations sont souvent la première véritable occasion où les agents d'extension apprennent à	• Mettre en place une formation près d'une structure sanitaire avec soins de santé maternels et infantiles ou autre endroit où des enfants de moins de cinq ans sont disponibles pour la pratique. Prendre les dispositions à l'avance avec les mères et/ou accompagnant(e)s des enfants (et offrir un petit cadeau comme une barre de savon pour les remercier). • S'assurer que les critères de référence utilisés par les agents d'extension sont les mêmes que les critères d'admission dans la PCMA pour minimiser le nombre de références qui seront rejetées. • Prévoir suffisamment de temps pour la pratique et

Quoi ?	Pourquoi ?	Comment ?
	propos de leurs nouvelles responsabilités.	la discussion sur les œdèmes bilatéraux et le périmètre brachial. Les thèmes sont les suivants : - Explication de la PCMA - Rôle proposé des agents d'extension - Nombre de cas probables - Mesure du PB - Identification des œdèmes bilatéraux - Procédure de référence - Bases de notions d'éducation sanitaire et nutritionnelle - Bases de notions de mobilisation communautaire - Questions pour confirmer la compréhension de la formation
Engager les partenaires de la société civile	Mobiliser plus loin que la sphère du secteur de santé peut aider à combler les insuffisances dans la participation communautaire ou dans l'utilisation des soins.	• Communiquer les objectifs et les procédures de la PCMA aux églises, mosquées et organisations à base communautaire (OBC). • Rechercher les possibilités dans leurs activités pour identifier des enfants avec malnutrition. Former des agents d'extension dans d'autres organisations. • Laisser des prospectus pour qu'ils puissent faire passer le même message en communiquant l'information.

DOCUMENT 3.10
Eléments et organisation en séquence de l'extension communautaire de la PCMA

3.10

MODULE 3				MODULE 8
1. Bilan communautaire →	**2. Formulation de la stratégie d'extension** →	**3. Mise au point de messages et de matériel** →	**4. Mobilisation communautaires et formation**	**Suivi et évaluation**
Définir les paramètres	Revoir les points clés du bilan communautaire	Préparer, tester, revoir et traduire le prospectus	Mettre les différentes parties concernées en relation par l'intermédiaire de réunions d'orientation sur la PCMA	Suivi régulier des barrières à l'accès, y compris - Problèmes soulevés par le bilan - Admissions à la PCMA - Absences et abandons - Performance des agents d'extension
Identifier les agents de santé et les agents d'extension existants	Déterminer la méthode qui convient le mieux au dépistage communautaire	Mettre au point du matériel pour former les agents d'extension au dépistage communautaire et aux visites de suivi à domicile	Aider les communautés à choisir les personnes chargées du dépistage communautaire et des visites de suivi à domicile	Visites de supervision dans les structures sanitaires pour revoir -La coordination -Les activités de dépistage -La visite de suivi à domicile
Evaluer les relations existant entre les structures sanitaires et la communauté	Identifier et choisir les personnes chargées du dépistage communautaire et des visites de suivi à domicile	Préparer des messages séparés pour les réunions d'orientation avec des dirigeants influents de la communauté et autres partenaires	Former la communauté au dépistage communautaire et aux visites de suivi à domicile	Consultation périodique entre la communauté et le personnel de santé
Comprendre les contraintes entravant l'accès et la fréquentation de la PCMA	Déterminer qui diffusera les messages		Engager les partenaires supplémentaires de la société civile si nécessaire	Ajustement des soins, des messages et du matériel sur la base de la consultation et du feedback de la communauté
Identifier les gardiens et les canaux de communication	Créer des rôles pour les partenaires à l'extérieur du système de santé			

DOCUMENT 3.11
Liste de vérification de l'équipe pour les visites sur le terrain pour l'extension communautaire

ENTRETIENS AVEC LA COMMUNAUTÉ	
	AVIS :
	Traiter avec amabilité les membres communautaires
	Mettre au clair les instructions/explications pour les animateurs
	Utiliser de manière efficace le temps de la communauté et saisir au maximum les possibilités
	Saisir diverses tactiques pour encourager la discussion
	Savoir faire un bon compte rendu écrit de la discussion
QUESTIONS DE L'ENTRETIEN – Basées sur le guide d'entretien qui pourrait être développé suivant le bilan communautaire	
DISCUSSION ET PLANIFICATION APRÈS L'ENTRETIEN	
	L'équipe sait identifier les lacunes dans le contenu
	L'équipe sait distinguer les connaissances utiles à partir du matériel brut de l'entretien
	L'équipe sait reconnaître les changements et les améliorations nécessaires à faire dans les guides et procédures des entretiens
	L'équipe sait tirer des conclusions opérationnelles pratiques des points clés de l'entretien
	L'équipe sait déterminer les messages prioritaires et les façonner dans leur forme la plus simple et la plus pertinente
	L'équipe fait preuve d' une bonne connaissance des étapes à suivre pour concevoir un plan d'action pour la phase de mobilisation

EXERCICE 3.2
Surmonter les obstacles à la participation communautaire à la PCMA

Obstacles	**Qui doit participer ?**
Connaissance insuffisante de la malnutrition aiguë	
Connaissance insuffisante de la PCMA	
Mobilisation communautaire trop vaste	
Critères de référence et d'admission ne sont pas alignés	
Aux yeux des traditions médico- culturelles locales, l'émaciation et le gonflement ne sont pas liés à la sous-nutrition	
Stigmatisation de la malnutrition aiguë dans la communauté ou influence des pairs ou des membres de la famille	
Influence des dirigeants influents de la communauté	
Les soins de santé primaires n'ont pas une bonne réputation	
Localisation des sites PEC MAS ambulatoire et hospitalière	
Interruption des mouvements de la main d'œuvre saisonnière	

Exercice 3.3
Comparaison des modèles de dépistage communautaire

Modèle	Convient pour	Forces	Faiblesses
Recherche de cas en porte à porte			
Recherche de cas dans la communauté (activités continues)			
Recherche de cas dans la communauté (activités de pointe)			
Recherche de cas passive			

Exercice 3.4
Fiche de travail : Choix des personnes qui seront chargées de l'extension communautaire

Description des tâches (supervisé par)	**Proximité aux cas** (voit des enfants de < 2 ans)	**Portée de la couverture** (existe dans chaque communauté ou aire sanitaire)	**Accessible / se prête à la formation**	**Peut accepter des tâches supplémen-taires**	**Peut apprendre à mesurer le PB**	**Demande peu / pas d'argent supplémen-taire**	**Accepté dans toutes les parties de la communauté** (pour le porte-à-porte et visite à domicile)
1. Agents de santé d'extension communautaire (par ex, ASC, bénévoles)							
2. Autres agents d'extension et bénévoles							
3. Dirigeants influents de la communauté							

MODULE QUATRE

LA PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE DE LA MALNUTRITION AIGUË SÉVÈRE

VUE D'ENSEMBLE DU MODULE

Ce module présente aux participants les concepts et protocoles utilisés dans la prise en charge ambulatoire de la malnutrition aiguë sévère (PEC MAS ambulatoire) pour les enfants 6-59 mois soufrant de malnutrition aiguë sévère (MAS) sans complications médicales. Il donne une vue d'ensemble des procédures et critères d'admission et de sortie, du traitement médical et de la récupération nutritionnelle dans la PEC MAS ambulatoire. Est mis en avant ici le protocole d'action de la PEC MAS ambulatoire qui aide les agents de santé à déterminer quels sont les enfants qui doivent être référés vers la PEC MAS hospitalière et quels sont les enfants qui nécessitent une visite de suivi à domicile.

Le module complète les protocoles de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) de la prise en charge de la malnutrition sévère (OMS 1999) ainsi que les modules de formation de l'OMS de la prise en charge de la malnutrition sévère (OMS 2002). Il vise à être utilisé de pair avec les directives nationales et les protocoles de traitement nationaux de la prise en charge de la MAS et le *Community-based Therapeutic Care (CTC): a Field Manual*.

Le module comprend également une visite sur le terrain pour que les participants puissent s'exercer à évaluer et à admettre un enfant avec MAS sans complications médicales à la PEC MAS ambulatoire et à évaluer et traiter un enfant dans les séances de suivi. Les participants auront l'occasion lors de la visite sur le terrain de mettre en pratique les compétences acquises dans le **Module 2. Définir et mesurer la malnutrition aiguë.**

Objectifs d'apprentissage	Documents à distribuer et exercices
1. Décrire la PEC MAS ambulatoire pour les enfants de 6-59 mois avec MAS sans complications médicales	▪ PowerPoint: Vue générale de la PCMA du Module 1 (facultatif)
2. Décrire les critères d'admission dans la PEC MAS ambulatoire	▪ Document 4.1 Critères d'admission et catégories d'entrée pour la PCMA ▪ Document 4.2 Critères d'admission à la PEC MAS ambulatoire Exercice 4.1 Admission à la PEC MAS ambulatoire
3. Décrire la procédure d'admission et les séances de la PEC MAS ambulatoire	▪ Document 4.3 Procédure d'admission à la PEC MAS ambulatoire ▪ Document 4.4 Fiche individuelle de suivi à la PEC MAS ambulatoire ▪ Document 4.5 Fiche de rations de l'ATPE ▪ Document 4.6 Utiliser la fiche individuelle de suivi de la PEC MAS ambulatoire et la fiche de rations de l'ATPE ▪ Exercice 4.2 Fiche individuelle de suivi et fiche de rations de l'ATPE
4. Expliquer le traitement médical pour la PEC MAS ambulatoire	▪ Document 4.7 Traitement médical pour la PEC MAS ▪ Document 4.8 Médicaments de routine pour la PEC MAS ambulatoire ▪ Document 4.9 Médicaments supplémentaires pour la PEC MAS ambulatoire ▪ Document 4.10 Protocoles médicamenteux pour la PEC MAS ambulatoire
5. Expliquer la récupération nutritionnelle pour la PEC MAS ambulatoire	▪ Document 4.11 Récupération nutritionnelle et ATPE
6. Décrire les messages clés pour les mères ou accompagnant(e)s des enfants, donnés dans la PEC MAS ambulatoire	▪ Document 4.12 Messages clés pour les conseils individuels dans la PEC MAS ambulatoire (Counselling)
7. Reconnaître quand une action supplémentaire s'avère nécessaire: référence vers la PEC MAS hospitalière et visites de suivi à domicile	▪ Document 4.13 Protocole d'action de la PEC MAS ambulatoire ▪ Document 4.14 Référence vers la PEC MAS hospitalière ou les visites de suivi à domicile ▪ Document 4.15 Fiche de référence ▪ Exercice 4.3 Identifier les enfants qui ont besoin de visites de suivi à domicile ou de référence vers la PEC MAS hospitalière
8. Expliquer les critères et procédures de sortie (fin de traitement)	▪ Document 4.16 PEC MAS ambulatoire: critères de sortie ▪ Document 4.17 Critères de fin de traitement et catégories de sortie de la PCMA ▪ Exercice 4.4 Fiches de suivi de la PEC MAS ambulatoire
9. Décrire les liens entre la PEC MAS ambulatoire et autres services, programmes et initiatives	▪ Document 1.12 Intégrer la PCMA aux soins de santé de routine au niveau du district
Synthèse et évaluation du module	▪ Document 4.18 Aspects essentiels de la PEC MAS ambulatoire pour les enfants de 6-59 mois avec MAS sans complications médicales ▪ Exercice facultatif 4.5 Jeu de rôle sur les admissions à la PEC MAS ambulatoire

Matériel

- Bracelet gradué pour mesurer le périmètre brachial (PE) et balance
- Sachets ou pots de l'aliment thérapeutique prêt à l'emploi (ATPE)
- Serviette (pour les échantillons de l'ATPE)
- Ciseaux
- Grandes feuilles ou affiches sur tableau
- Feutres
- Papier cache
- *Community-based Therapeutic Care (CTC): a Field Manual*
- Fiches de suivi de la PEC MAS ambulatoire
- Fiches de rations pour l'ATPE
- Fiches de référence des agents de santé d'extension
- Projecteur (facultatif)
- PowerPoint du Module Un (facultatif)

Préparation à l'avance

- Passez en revue les directives et protocoles nationaux pour la PEC MAS dans le pays où la formation est réalisée. Déterminez l'âge et les critères du PB qui sont utilisés pour l'admission et décider soit de les adopter soit de les changer pour la formation. Déterminez si l'indice du rapport poids-taille (rapport P/T) est utilisé pour l'admission. Si le rapport P/T n'est pas demandé, utilisez uniquement les œdèmes bilatéraux et le critère du PB pendant la formation. Si le rapport P/T est demandé, il vous faudra l'inclure à la formation et utilisez les tableaux pour les z-scores du rapport P/T (norme de l'OMS par sexe) [ou le rapport P/T en tant que pourcentage de la médiane des courbes de référence (les deux sexes combinés) du National Center for Health Statistics (NCHS)].
- Préparez des fiches plastifiées avec les critères d'admission et de sortie de la prise en charge à base communautaire de la malnutrition aiguë (PCMA), le protocole d'action, les protocoles médicamenteux et de récupération nutritionnelle dans la PEC MAS ambulatoire.
- Préparez un tableau des protocoles nationaux pour la prévention et le traitement de l'avitaminose A, la PEC MAS avec l'antibiotique de première et seconde intentions, les traitements vermifuges et les antipaludiques.
- Procurez-vous des versions locales des fiches de traitement de la PEC MAS ambulatoire et des fiches de rations de l'ATPE si c'est possible ou utilisez les fiches standards.
- Si vous réalisez l'exercice facultatif **Exercice 4.5 Jeu de rôle sur les admissions à la PEC MAS ambulatoire**, préparez des fiches avec les descriptions des rôles ainsi que des fiches (non remplies) de suivi de la PEC MAS ambulatoire, des fiches (non remplies) de rations de l'ATPE, des fiches de référence des agents d'extension indiquant un PB rouge et le **Document 4.11 Récupération nutritionnelle et ATPE** (surtout la section sur la **ration de l'ATPE).** Ayez également des mètres rubans pour le PB et une poupée.

Durée du module: Six heures en salle de classe, trois jours de pratique sur le terrain

Remarque : Suivant les besoins des participants, les formateurs pourront omettre certains objectifs d'apprentissage et certaines activités et en approfondir d'autres. La durée du module est une estimation du temps qu'il faut pour achever tous les objectifs et les activités d'apprentissage.

OBJECTIF D'APPRENTISSAGE 1 : Décrire la PEC MAS ambulatoire

OA.1

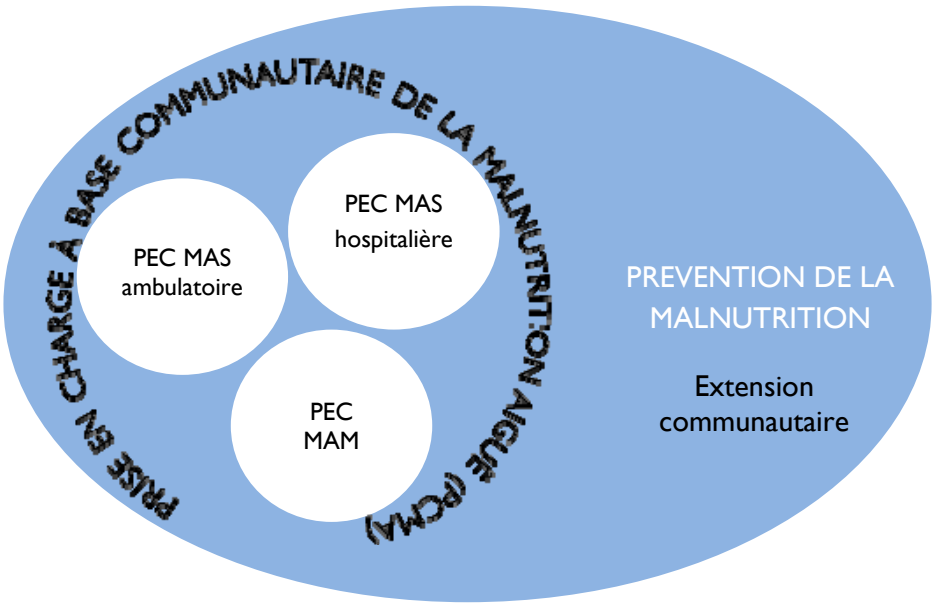
FORMATEUR : Si c'est nécessaire, revoyez les diapositives 48 à 53 de la présentation **PowerPoint du Module Un** sur la prise en charge ambulatoire de la malnutrition aiguë sévère (PEC MAS ambulatoire) pour les enfants de 6-59 mois avec MAS sans complications médicales.

Discussion en groupe : Prise en charge à base communautaire de la malnutrition aiguë. Dessiner la **Figure 1** sur une grande fiche. Demandez aux participants :

1. Qu'est-ce que la PEC MAS ambulatoire? Que regroupe-t-elle ?
2. Qui bénéficie de la PEC MAS ambulatoire ?
3. Comment la PEC MAS ambulatoire pour les enfants de 6-59 mois avec MAS sans complications médicales se distingue-t-elle de la PEC MAS hospitalière ?

Discutez et comblez les lacunes.

Figure 1. Composantes de la PCMA



OBJECTIF D'APPRENTISSAGE 2 : Décrire les critères d'admission à la PEC MAS ambulatoire

OA.2

FORMATEUR : Prendre connaissance du **Document 4.1 Critères d'admission et catégories d'entrée pour la PCMA**, **Document 4.2 Critères d'admission à la PEC MAS ambulatoire** et **Exercice 4.1 Admission à la PEC MAS ambulatoire.**

Brainstorming : Critères d'admission à la PEC MAS ambulatoire. Demandez aux participants d'indiquer les caractéristiques des enfants qui devraient être admis à la prise en charge ambulatoire de la malnutrition aiguë sévère (PEC MAS ambulatoire **p**our les enfants de 6 à 59 mois avec MAS sans complications médicales et qui ont de l'appétit). Marquez les réponses sur la grande fiche. Si les participants ne les mentionnent pas, guidez la discussion pour montrer qu'il existe quelques catégories supplémentaires d'enfants qui devraient être admis :

- Enfants de plus de 6 mois d'âge avec MAS et complications médicales dont la mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant refuse de l'hospitaliser malgré vos conseils. L'enfant a besoin de visites de suivi à domicile et doit être surveillé de près pendant qu'il est en PEC MAS ambulatoire.

- Enfants qui ne répondent pas aux critères d'admission mais pour lesquels l'agent de santé a déterminé qu'ils devraient être admis à la PEC MAS ambulatoire, comme les enfants de plus de 5 ans avec des œdèmes bilatéraux ou qui sont visiblement très émaciés.

- Les enfants dont les complications médicales ont été guéries à l'hôpital et qui ont été référés vers la PEC MAS ambulatoire pour achever leur récupération nutritionnelle.

- Les enfants qui sont en train de récupérer de la MAS et qui reviennent après avoir été absents (sorti du traitement [abandon] après trois séances consécutives) et qui doivent continuer leur traitement.

Demandez aux participations de se reporter au **Document 4.1 Critères d'admission et catégories d'entrée pour l'admission à la PCMA**. Faites remarquer que ce module se concentre sur la colonne au centre du tableau de référence. Passez en revue avec les participants l'information et répondez aux questions. Demandez aux participants de se reporter au **Document 4.2 Critères d'admission à la PEC MAS ambulatoire** pour les références futures.

Pratique : Critères d'admission à la PEC MAS ambulatoire. Formez des groupes de trois à quatre personnes. Distribuez **l'Exercice 4.1 Admission à la PEC MAS ambulatoire.** Demandez à chaque groupe de travail d'utiliser l'information donnée dans l'exercice pour décider si les enfants dans les exemples devraient être admis à la PEC MAS ambulatoire et d'expliquer pourquoi ils devraient l'être ou pourquoi ils ne devraient pas l'être. Demandez aux groupes de faire part de leurs réponses en plénière. Discutez et comblez les lacunes, en vous rapportant à l'**exercice 4.1 Fiche de réponses à l'admission à la PEC MAS ambulatoire** (à la page suivante).

OA.2

Exercice 4.1 Admission à la PEC MAS ambulatoire (avec réponses)

Remarque: Dans les pays où la présence d'œdèmes bilatéraux et le périmètre (PB) sont utilisés pour l'admission, ajuster le tableau pour retirer l'information sur l'indice poids-taille (rapport P/T) en tant que z-score (normes OMS ou référence NCHS)

	Sexe	Age (mois)	Appétit	Autres complications médicales	Œdèmes bilatéraux	PB en mm	Rapport P/T z-score	Admission à la PEC MAS ambulatoire ?
Enfant 1	F	7	Oui	Non	Non	102	-3 ≤ x <-2	**OUi,** en fonction du PB et l'enfant a de l'appétit
Enfant 2	G	24	Oui	Non	Non	116	x <-3	**OUI**, en fonction du rapport P/T et l'enfant a de l'appétit (Note: Si PB uniquement est utilisé, on ne connaît pas le rapport P/T, l'enfant n'est pas admis à la PEC MAS ambulatoire à cause du PB)
Enfant 3	F	20	Oui	Non	Non	98	x <-3	**OUI** en fonction du PB **OUI** en fonction du rapport P/T et l'enfant à de l'appétit
Enfant 4	G	16	Oui	Non	++	117	-3 ≤ x <-2	**OUI** car l'enfant à des œdèmes bilatéraux ++ et l'enfant a de l'appétit
Enfant 5	F	36	Oui	Non	+	115	-3 ≤ x <-2	**OUI** car l'enfant a des œdèmes bilatéraux et l'enfant a de l'appétit
Enfant 6	G	12	Non	Non	+	95	x <-3	**NON** car l'enfant souffre d'émaciation avec œdèmes bilatéraux
Enfant 7	F	50	Oui	Non	Non	102	x <-3	**OUI** en fonction du PB **OUI** en fonction du rapport P/T et l'enfant a de l'appétit
Enfant 8	G	45	Oui	Non	Non	111	x <-3	**OUI** en fonction du PB **OUI** en fonction du rapport P/T et l'enfant a de l'appétit
Enfant 9	F	7	Oui	Non	Non	107	-3 ≤ x <-2	**OUI** basé sur le PB et l'enfant a de

								l'appétit
Enfant 10	G	5	Non	Non	Non	104	x <-3	**NON,** nourrisson avec MAS (très faible rapport P/T), référer vers la PEC MAS hospitalière

OA.2

OBJECTIF D'APPRENTISSAGE 3 : Décrire la procédure des admissions et des séances de suivi en PEC MAS ambulatoire

OA.3

FORMATEUR : Prenez connaissance du **Document 4.3 Procédure d'admission à la PEC MAS ambulatoire**, **Document 4.4 Fiche individuelle de suivi de la PEC MAS ambulatoire**, **Document 4.5 Fiche de rations de l'ATPE**, **Document 4.6 Utilisation de la fiche individuelle de suivi et de la fiche de rations de l'ATPE, et Exercice 4.2 Fiche individuelle de suivi de la PEC MAS ambulatoire et fiche de rations de l'ATPE.**

Exposé participatif : Procédure d'admission à la PEC MAS ambulatoire.

Demandez aux participants de se reporter à la vue générale de la procédure d'admission à la PEC MAS ambulatoire dans le **Document 4.3 Procédure d'admission à la PEC MAS ambulatoire.** Passez en revue les étapes avec les participants, en soulignant les aspects les plus importants dont ils doivent tenir compte. Répondez aux questions.

Pratique : Remplir la fiche individuelle de suivi et la fiche de rations de l'ATPE.

Distribuez une fiche individuelle de suivi locale, si disponible. Autrement, utilisez le **Document 4.4 Fiche individuelle de suivi de la PEC MAS ambulatoire**. Faites remarquer que TOUS les enfants admis dans la PCMA au site PEC MAS ambulatoire reçoivent une fiche individuelle de suivi de la PEC MAS ambulatoire, y compris ceux qui seront référés vers la PEC MAS hospitalière. Expliquez la colonne générale et les détails dans les rangées sur la fiche individuelle de suivi de la PEC MAS ambulatoire et l'information nécessaire pour la remplir. Revoyez le contenu ci-après et sur le **Document 4.6 Utilisation de la fiche individuelle de suivi et de la fiche de rations de l'ATPE**.

- Informations à l'admission données sur la fiche individuelle de la PEC MAS ambulatoire :
  - Nom, âge et sexe de l'enfant, nom des parents, endroit d'origine
  - Date d'admission, caractéristiques de l'admission
  - Nom de la structure sanitaire avec site PEC MAS ambulatoire
  - Numéro d'inscription
  - Accès général à la distribution de nourriture
  - Anthropométrie à l'admission, critères d'admission examinés
  - Antécédents médicaux
  - Examen physique
  - Médicaments de routine au moment de l'admission
  - Autres médicaments
- Informations de suivi données sur la fiche individuelle de suivi :
  - Anthropométrie
  - Antécédents médicaux
  - Examen physique
  - Test d'appétit de l'ATPE
  - Nombre de sachets de l'ATPE donnés
  - Résultat du traitement
  - Action prise

Demandez aux participants de se reporter au **Document 4.5 Fiche de rations de l'ATPE** et revoyez les informations qui figurent sur cette fiche. Demandez aux participants de se mettre par deux et distribuez des exemplaires des Fiches de traitement en PEC MAS ambulatoire et des Fiches de rations de l'ATPE. Demandez aux participants de faire l'**Exercice 4.2 : Fiche individuelle de suivi et fiche de rations de l'ATPE.**

Brainstorming : Séances de suivi hebdomadaires de la PEC MAS ambulatoire. Revenant au graphique de déroulement du **Document 4.3**, demandez aux participants d'indiquer quelles sont les activités et les procédures qui se déroulent dans les séances de suivi de la PEC MAS ambulatoire. (Réponse : Toutes les activités et les procédures devraient être incluses sauf le fait de donner le numéro d'inscription qui n'est assigné qu'au moment de l'admission et la mesure de la taille qui ne se fait qu'une fois par mois, si le rapport P/T est utilisé).

Insistez sur le fait qu'il est important lors de chaque séance de déterminer s'il est nécessaire de procéder à une référence ou de faire des visites de suivi à domicile et expliquez les points suivants :

- La mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant ainsi que l'enfant devraient revenir chaque semaine dans la structure sanitaire qui dispense une PEC MAS. S'il ne leur est pas possible de venir chaque semaine à cause de la distance ou pour d'autres raisons, il faudra probablement demander à la mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant de venir toutes les deux semaines. Si tel est le cas, la mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant devrait recevoir un approvisionnement de l'ATPE pour deux semaines.

- Les œdèmes bilatéraux sont évalués et le PB et le poids sont pris lors de chaque séance de suivi hebdomadaire de la PEC MAS ambulatoire. La taille est mesurée une fois par mois si c'est nécessaire pour calculer le z-score du rapport P/T (normes OMS) pour réévaluer l'admission.

- Le test d'appétit est fait lors de chaque séance.

- Une évaluation nutritionnelle et médicale (anthropométrie, antécédents médicaux et examen physique) est faite lors de chaque séance de suivi de la PEC MAS ambulatoire.

- Des doses complètes des médicaments de routine sont données en fonction des protocoles médicamenteux de routine (cet aspect est traité dans **l'Objectif d'apprentissage 4**).

- Le protocole d'action de la PEC MAS ambulatoire est suivi pour déterminer si l'enfant doit être référé vers la PEC MAS hospitalière ou si les visites de suivi à domicile s'avèrent nécessaires (cet aspect est traité dans **l'Objectif d'apprentissage 7)**.

- Les médicaments supplémentaires donnés lors des séances de suivi de la PEC MAS ambulatoire doivent être notés sur la fiche individuelle de suivi.

- L'ATPE est donné en fonction du poids de l'enfant et les conseils sur son emploi sont donnés à la mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant.

- On demande à la mère ou l'accompagnant(e) si l'enfant a mangé tout l'ATPE. S'il reste des sachets de la semaine précédente, l'agent de santé diminue la quantité de l'ATPE en soustrayant le nombre de sachets restants. Par exemple, s'il reste à la mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant trois sachets sur une ration de 14 sachets, on lui donnera 11 sachets pour la semaine suivante. L'agent de santé devrait également collecter les sachets vides de l'ATPE.

- L'agent de santé remplit la fiche individuelle de suivi et la fiche de rations de l'ATPE.

OBJECTIF D'APPRENTISSAGE 4 : Expliquer le traitement médical pour la PEC MAS ambulatoire

OA.4

FORMATEUR : Prenez connaissance du **Document 4.7 Traitement médical pour la PEC MAS ambulatoire, Document 4.8 Médicaments de routine pour la PEC MAS ambulatoire, Document 4.9 Médicaments supplémentaires pour la PEC MAS ambulatoire,** et **Document 4.10 Protocoles médicamenteux pour la PEC MAS ambulatoire**

Exposé participatif : Médicaments de routine dans la PEC MAS ambulatoire. Demandez aux participants de se reporter au **Document 4.7 Traitement médical pour la PEC MAS ambulatoire** et discutez en soulignant les questions suivantes :

- Quand les enfants ne doivent-ils PAS recevoir de la vitamine A ou un traitement antipaludique ?
- Pourquoi le fer et l'acide folique ne doivent-ils PAS être donnés de manière routinière ?
- Quels sont les traitements donnés lors de la première séance de l'enfant à la PEC MAS ambulatoire (amoxicilline, vitamine A, dépistage ou traitement du paludisme) et lesquels sont donnés par la suite (traitement vermifuge, vaccination contre la rougeole si nécessaire, traitement contre l'anémie si nécessaire) ?

Répondez aux questions et demandez aux participants de se reporter au **Document 4.8 Médicaments de routine pour la PEC MAS ambulatoire.** En plénière, expliquez les détails des protocoles médicamenteux tel qu'ils sont expliqués dans chaque colonne et dans chaque rangée. Indiquez aux participants les adaptations ou différences qui devraient être faites conformément aux protocoles médicamenteux de chaque pays.

Pratique : Traitement médical de routine de la MAS. Demandez aux participants de former des groupes de trois personnes. Marquez sur une grande fiche l'information de base sur un certain nombre d'enfants en PEC MAS ambulatoire (ci-dessous). Demandez aux participants de déterminer les médicaments et doses dont a besoin chaque enfant, selon qu'il s'agit d'un nouveau cas, les médicaments qu'il ou elle a déjà reçus, son état médical et son âge.

- Patiente 1 : fillette de deux ans
  - Nouvelle admission
  - Œdèmes bilatéraux : degré +
  - PB vert
  - Test diagnostic du paludisme (Paracheck) : Négatif
  - Carnet de vaccinations : toutes les vaccinations à jour
  - Vitamine A donnée la dernière fois il y a 4 mois

  Réponse : Donner de l'amoxicilline 3 fois par jour pendant 5 jours ; ne pas donner de vitamine A (à cause des œdèmes bilatéraux, elle doit être donnée au moment de la sortie); ne pas donner l'association médicamenteuse comportant de l'artémisinine (ACT); ne pas administrer le vaccin contre la rougeole (le faire après 4 semaines).

- Patient 2: Garçon de 18 mois
  - Nouvelle admission
  - PB rouge

- Œdèmes bilatéraux : Non
- Paracheck: Positif
- Carnet de vaccinations : Incomplet
- Vitamine A donnée la dernière fois il y a 6 mois

Réponse : Donner de l'amoxicilline 3 fois par jour pendant 5 jours ; donner 200 000 unités internationales (UI) de vitamine A ; donner l'ACT ou autre antipaludique selon le protocole ; Plus tard : administrer le vaccine contre la rougeole la quatrième semaine ou aussi rapidement que possible, plus les autres vaccins en fonction du programme élargi de vaccination (PEV).

- Patiente 3 : Fillette de 15 mois
  - Seconde visite à la PEC MAS ambulatoire
  - Œdèmes bilatéraux : degré +
  - PB vert
  - Paracheck: Négatif
  - Carnet de vaccinations : Incomplet
  - Vitamine A donnée il y a 2 mois
  - Amoxicilline donnée la première semaine de l'admission

  Réponse : Donner du médendazole ou autre traitement vermifuge ; Plus tard : administrer le vaccin contre la rougeole la quatrième semaine ainsi que les autres vaccins selon le PEV ; ne donner la vitamine A qu'au moment de la sortie.

Revue et référence : Demandez aux participants de se reporter au **Document 4.9 Médicaments supplémentaires pour la PEC MAS ambulatoire.** Revoyez brièvement les médicaments supplémentaires dans le **Document 4.9** et voyez dans quelles circonstances ils ont été donnés. Répondez aux questions. Demandez aux participants de se reporter au **Document 4.10 Protocoles médicamenteux pour la PEC MAS ambulatoire** aux fins de référence future.

OBJECTIF D'APPRENTISSAGE 5 : Expliquer la récuperation nutritionnelle pour la PEC MAS ambulatoire

OA.5

FORMATEUR : Prenez connaissance du Document 4.11 Récupération nutritionnelle et ATPE.

Démonstration : Goûter l'ATPE. Formez de petits groupes et distribuez un sachet de l'ATPE à base de lipides, par exemple, le Plumpy'nut®, et des serviettes à chaque groupe. Expliquer comment ouvrir le sachet et demandez aux participants de goûter l'ATPE. Demandez aux groupes de donner leur avis.

Demandez aux groupes leurs opinions : que pensent-ils des ingrédients de l'ATPE ? Ensuite, marquez la composition typique de l'ATPE sur une grande fiche.

- **Composition de l'ATPE à base de lipides**
  25% de beurre d'arachides
  26% de lait en poudre
  27% de sucre
  20% d'huile
  2% de mélange de minéraux et de vitamines (MMV)

Discussion en groupe : Utiliser l'ATPE. Alors que les participants sont toujours en petits groupes, demandez-leur de discuter des aspects suivants :

- Comment peut-on comparer la composition de l'ATPE à F100 ?
  (Composition semblable mais l'ATPE contient du fer et est à peu près cinq fois plus riche en énergie et nutriments)
- Pourquoi l'ATPE peut-il être utilisé dans la PEC MAS ambulatoire?
  (il peut être mangé à la maison et ne présente pas de danger de contamination par des bactéries, il n'a pas besoin de cuire ni d'être mélangé avec de l'eau)

Discutez davantage en plénière, comblez les lacunes et répondez aux questions.

Exposé participatif : Récupération nutritionnelle et ATPE. Demandez aux participants de se reporter au **Document 4.11 Récupération nutritionnelle et ATPE.** Indiquez aux participants que les tableaux intitulés "Rations de l'ATPE dans la PEC MAS ambulatoire" concernent Plumpy'nut et des sachets de l'ATPE fabriqué localement et conditionné en sachets et en pots et expliquez comment il faut les utiliser. Marquez des différents poids sur une grande fiche et ensuite demandez aux participants combien de sachets ou de pots ils doivent donner à un enfant de tel ou tel poids.

Pratique : Déterminer la taille des rations de l'ATPE. Demandez aux participants de se mettre à nouveau en petits groupes. Demandez-leur d'utiliser le **Document 4.11** pour déterminer la quantité de l'ATPE qu'il faut donner à chaque enfant dans les exemples ci-après. Demandez à des volontaires de marquer les réponses sur la grande fiche. Discutez et comblez les lacunes.

Pratique sur les rations de l'ATPE.

- Exemple 1: Des sachets de 92 g de Plumpy'nut sont distribués dans les sites PEC MAS ambulatoire. L'enfant 1 pèse 6,8 kg et vient à la PEC MAS ambulatoire toutes les deux semaines. Quelle est la quantité de l'ATPE que vous devez donner à cet enfant ? (Réponse : 36 sachets)
- Exemple 2: Des pots de l'ATPE fabriqué localement sont distribués dans la PEC MAS

ambulatoire. L'enfant 2 pèse 9,7 kg et vient à la PEC MAS ambulatoire chaque semaine. Combien de pots de l'ATPE devez-vous donner à l'enfant ? (Réponse : 11 pots)

- Exemple 3: L'enfant 3 pèse 7,2 kg et reviendra au site PEC MAS ambulatoire la semaine prochaine. Combien de sachets de l'ATPE fabriqué localement devez-vous donner à l'enfant ?
  (Réponse : 18 sachets)

OBJECTIF D'APPRENTISSAGE 6 : Décrire les messages clés donnés dans la PEC MAS ambulatoire pour les mères ou accompagnant(e)s des enfants

OA.6

FORMATEUR : Prenez connaissance du **Document 4.12 Messages clés pour les conseils individuels (Counselling).**

Discussion en groupe : Messages clés pour les mères ou accompagnant(e)s de l'enfant. Expliquez aux participants que, dans chaque séance de la PEC MAS ambulatoire, sont compris les conseils individuels (Counselling), l'éducation sanitaire et nutritionnelle et la communication pour le changement de comportement (CCC). Lors de la première séance de conseils, il vaut mieux se concentrer sur quelques messages clés pour que la mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant comprenne bien les pratiques qui sont essentielles pour la prise en charge de la MAS chez un enfant. Au fur et à mesure que l'état de l'enfant s'améliore, d'autres messages pourront être donnés.

Dans la séance initiale de conseils (Counselling), l'agent de santé donne des conseils sur les messages suivants à la mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant :

1) Comment donner l'ATPE à manger à l'enfant ?
2) Quand et comment donner les médicaments à l'enfant ?
3) Quand revenir à la PEC MAS ambulatoire ?
4) S'assurer que l'enfant est amené immédiatement à la structure sanitaire si son état s'aggrave

Groupes de travail : Formuler des messages clés pour les mères ou accompagnant(e)s de l'enfant. Demandez aux groupes de travail d'écrire six messages clés à donner à la mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant pendant la séance initiale de la PEC MAS ambulatoire. Demander à un des groupes de présenter et aux autres groupes d'ajouter d'autres messages. Discutez, mettez au clair et comblez les lacunes. Discutez également des messages supplémentaires qu'il sera important de donner lors des séances de suivi ultérieures de la PEC MAS ambulatoire.

Jeu de rôle : Counselling individuel. Dans les groupes, demandez à une participante de prendre le rôle de la mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant. Elle vient pour la première fois à la PEC MAS ambulatoire. Un autre participant ou participante prendra le rôle de l'agent de santé comme conseiller/conseillère de la PCMA. Le reste des participants du groupe de travail observe. Demandez aux acteurs de s'exercer à donner les conseils (counselling) pour faire passer les messages les plus importants. Demandez aux observateurs de donner du feed-back. Demandez à la mère et à la conseillère de changer de rôle et de continuer à s'exercer si le temps le permet.

Brainstorming : Education sanitaire et nutritionnelle. Demandez aux participants de réfléchir aux thèmes clés en santé et nutrition qui entrent dans les conseils individuels lors des séances de suivi de la PEC MAS ambulatoire. Marquez les réponses sur une grande fiche et comblez les lacunes. Voici les réponses possibles:

- Hygiène
- Continuation des comportements optimaux de l'allaitement maternel (surtout les nourrissons et les jeunes enfants âgés de 6 à 23 mois)

- L'importance de l'alimentation fréquente et active
- Le type d'aliments locaux donnés aux jeunes enfants (tout en insistant sur le message que l'enfant en PEC MAS ambulatoire DOIT terminer tout l'ATPE avant qu'on lui donne d'autres aliments)
- Identifier la sous-nutrition (quand amener l'enfant à la PEC MAS ambulatoire)
- Traiter la diarrhée et la fièvre
- Reconnaître les signes de danger

Jeu de rôle : Messages sur la santé et la nutrition. Avec les participants dans les mêmes groupes de travail, demandez aux observateurs dans le jeu de rôle ci-dessus de se mettre à présent par deux et de prendre les rôles de la mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant et du conseiller/conseillère de la PCMA. Demandez-leur de s'exercer à donner des conseils (Counselling) en utilisant les messages de santé et de nutrition. Demandez aux observateurs de donner du feedback. Changez les rôles et continuez si le temps le permet.

OBJECTIF D'APPRENTISSAGE 7 : Reconnaitre quand une action supplémentaire est nécessaire : référence vers la PEC MAS hospitalière et les visites de suivi a domicile

OA.7

FORMATEUR : Passez en revue le **Document 4.13 Protocole d'action de la PEC MAS ambulatoire, 4.14 Référence vers la PEC MAS hospitalière ou les visites de suivi à domicile**, **Document 4.15 Fiches de référence** et **Exercice 4.3 Identifier les enfants qui ont besoin d'une référence vers la PEC MAS hospitalière ou des visites de suivi à domicile**

Brainstorming : Protocole d'action pour la référence et le suivi. Indiquez aux participants qu'un protocole d'action (conforme aux directives de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance [PCIME]) a été formulé pour aider les agents de santé à déterminer :

- Si les enfants doivent être référés vers la PEC MAS hospitalière (complications médicales, manque d'appétit, état de santé qui s'aggrave).
- Si les enfants ont besoin des visites de suivi à domicile entre les séances de suivi (pour une perte de poids, état qui s'aggrave, pas suffisamment d'ATPE, absent de la séance de suivi). Cette visite de suivi peut être faite par un agent de santé d'extension (agent de santé communautaire [ASC], bénévole).

En plénière, demandez aux participants de nommer les complications médicales qui nécessitent une référence vers la PEC MAS hospitalière. Demandez-leur ensuite quels sont les symptômes ou complications médicales qui peuvent nécessiter une visite de suivi à domicile. Demandez aux participants de se reporter au **Document 4.13 Protocole d'action de la PEC MAS ambulatoire** et de comparer les réponses sur la grande fiche à celles de la seconde colonne du protocole d'action. Décrivez les symptômes qui demandent une référence ou des visites de suivi (comme les œdèmes bilatéraux avec degré +++, une perte de poids pendant deux semaines consécutives) et demandez-leur quelles sont les actions préconisées par le protocole : référence vers la PEC MAS hospitalière ou une visite de suivi à domicile. Continuez à poser des questions pour que les participants maîtrisent bien le protocole d'action.

Exposé participatif : Procédures pour référer les patients. Expliquez aux participants le système de référence vers la PEC MAS hospitalière, l'utilisation de la fiche de référence, la référence vers les soins tertiaires et les points clés liés aux références et les visites de suivi à domicile. Demandez aux participants de se reporter au **Document 4.14 Référence vers la PEC MAS hospitalière ou les visites de suivi à domicile.**

Pratique : Identifier et référer les enfants. Demandez aux participants d'utiliser **l'Exercice 4.3 Identifier les enfants qui ont besoin de référence vers PEC MAS hospitalière ou de visites de suivi à domicile.** Demandez aux participants de former des groupes de trois ou quatre personnes et demandez-leur de lire les descriptions des enfants et de déterminer l'action qu'il faut entreprendre : référence, visite de suivi à domicile ou continuation dans la PEC MAS ambulatoire (voir **Exercice 4.3** réponses ci-après). Demandez aux participants de se reporter au **Document 4.13 Protocole d'action de la PEC MAS ambulatoire.** Demandez aux groupes de présenter et d'expliquer leurs réponses.

Distribuez le **Document 4.15 Fiche de référence** et montrez comment la remplir en utilisant l'enfant de l'exemple de l'**exercice 4.3** qui a besoin d'être référé à la PEC MAS hospitalière.

Exercice 4.3 Identifier les enfants nécessitant une référence vers la PEC MAS hospitalière ou une visite de suivi à domicile (avec réponses)

OA.7

Enfant A

Question : L'enfant A est âgé de deux ans, avec un périmètre brachial (PB) de 109 mm et il a été référé par l'agent de santé communautaire (ASC) vers la PCMA. A l'admission, l'enfant refuse de manger l'aliment thérapeutique prêt à l'emploi (ATPE) pendant le test d'appétit. Vous demandez à la mère de se mettre dans un endroit tranquille avec l'enfant et d'essayer à nouveau de le faire manger. Après une demi-heure, l'enfant continue à refuser l'ATPE. Quelle est l'action qu'il faut entreprendre ?

Réponse : Référer vers la PEC MAS hospitalière pour que l'enfant reçoive les soins médicaux nécessaires car son manque d'appétit est un grave signe de danger.

Enfant B

Question : L'enfant B arrive au site PEC MAS ambulatoire avec des œdèmes bilatéraux + et a un PB de 112 mm. L'enfant a bon appétit et n'a pas d'autres signes de complications médicales. Quelle est l'action qu'il faut entreprendre ?

Réponse: Admettre à la PEC MAS ambulatoire avec comme critère d' admission les œdèmes bilatéraux.

Enfant C

Question : L'enfant C est admis à la PEC MAS ambulatoire avec un PB de 109 mm et un poids de 10 kg. A la quatrième semaine, l'enfant a perdu du poids, il n'avait pas pris de poids pendant 3 semaines et à présent il pèse 9,5 kg. Quelle est l'action qu'il faut entreprendre ?

Réponse : Cet enfant n'a pas pris de poids après quatre semaines en PEC MAS ambulatoire. Vous devez l'envoyer vers la PEC MAS hospitalière pour une évaluation et un traitement médical supplémentaire. En principe, cet enfant aurait dû recevoir une visite de suivi à domicile après sa séance de suivi de la PEC MAS ambulatoire de la semaine précédente (après la troisième semaine), selon le protocole d'action de la PEC MAS ambulatoire. Consultez la fiche individuelle de suivi de l'enfant en PEC MAS ambulatoire (ou l'ASC ou le bénévole qui s'est rendu à son domicile si rien n'est écrit sur la fiche) pour voir comment l'enfant se portait à domicile et déterminer les raisons possibles pour lesquelles il ne grossit pas, en fonction de la visite de suivi à domicile. Discutez-en avec la mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant et ensuite référez l'enfant vers la PEC MAS hospitalière.

Enfant D

Question: L'enfant D est présenté au site PEC MAS ambulatoire avec des œdèmes bilatéraux ++ et un PB de 111 mm. Quelle est l'action qu'il faut entreprendre ?

Réponse : Référer l'enfant vers la PEC MAS hospitalière pour qu'il reçoive les soins médicaux dont il a besoin car l'enfant souffre de kwashiorkor avec marasme. Tous les cas de Kwashiorkor avec marasme doivent être référés vers la PEC MAS hospitalière.

Enfant E

Question: L'enfant E a quatre mois. La grand-mère amène l'enfant visiblement très émacié et très déshydraté à la structure sanitaire. Vous apprenez que sa mère est morte peu après sa naissance et que l'enfant a reçu du lait de vache et des tisanes. Quelle est l'action qu'il faut entreprendre ?

Réponse : L'enfant devrait être référé vers la PEC MAS hospitalière car il a moins de 6 mois et qu'à l'évidence, il souffre d'émaciation. La structure sanitaire où il sera hospitalisé peut

stabiliser l'enfant avec des laits thérapeutiques (F100-dilué) et lui porter l'attention médicale nécessaire et donner des conseils à la personne qui s'occupe de l'enfant. La prise en charge de la MAS chez des nourrissons de moins de 6 mois se base généralement sur une combinaison d'allaitement maternel amélioré ou réintroduit, des aliments thérapeutiques temporaires ou sur le long terme ainsi que des soins nutritionnels et médicaux et un soutien psychosocial pour les mères. Etant donné que la mère de cet enfant est morte, les agents de santé devront discuter des options d'alimentation avec la grand-mère. On encouragera une femme de la communauté à allaiter l'enfant si c'est possible ou on continuera à lui donner du F100-dilué jusqu'à l'âge de 6 mois. (Référence : *Modules du Réseau de nutrition en cas d'urgence [ENN] sur l'alimentation du nourrisson dans les cas d'urgence [IFE]*. On peut également consulter la stratégie nationale sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.)

Enfant F

Question : L'enfant F est présenté au site PEC MAS ambulatoire avec des œdèmes bilatéraux +++. Vous voulez envoyer l'enfant à l'hôpital. Mais malgré tous vos efforts pour persuader la mère, sa famille refuse que l'enfant soit hospitalisé. Quelle est l'action qu'il faut entreprendre ?

Réponse : Tous les cas d'œdèmes bilatéraux +++ devraient être référés vers la PEC MAS hospitalière pour y recevoir l'attention médicale et le soutien nécessaires. Mais si la mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant refuse de l'hospitaliser, l'enfant doit être admis à la PEC MAS ambulatoire et recevoir le traitement systématique. Des visites de suivi à domicile devront être faites pendant les premières semaines pour contrôler l'état de santé de l'enfant. On encouragera la mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant à le ramener à la structure sanitaire si son état s'aggrave.

Enfant G

Question : L'enfant G a plus de 6 mois et a été admis avec un PB de 109 mm et un poids de 5 kg. L'enfant a pris un peu de poids la première semaine mais par la suite n'a pas pris de poids ces deux dernières semaines. Son évaluation médicale ne montre aucun signe de maladie ou de complications médicales.

Réponse : L'agent de santé devrait parler avec la mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant et lui demander comment l'enfant mange l'ATPE et observer le test d'appétit. L'agent de santé devrait demander si l'enfant a eu la diarrhée, des vomissements ou de la fièvre, et il devrait conseiller la mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant. L'enfant a également besoin d'une visite de suivi à domicile.

OBJECTIF D'APPRENTISSAGE 8 : Expliquer les critères et procédures de sortie (fin de traitement)

OA.8

FORMATEUR : Revoyez le **Document 4.13 Protocole d'action de la PEC MAS ambulatoire** et prenez connaissance du **Document 4.16 PEC MAS ambulatoire : critères de sortie**, **du Document 4.17 Critères de fin de traitement et catégories de sortie pour la PCMA et Exercice 4.4 Fiches de suivi de la PEC MAS ambulatoire**.

Exposé participatif : Fin du traitement en PEC MAS ambulatoire.

En utilisant le texte dans le **Document 4.16 PEC MAS ambulatoire: critères de sortie** comme référence, passez en revue les critères de fin de traitement en PEC MAS ambulatoire, faisant remarquer que :

- Un enfant sort de la PEC MAS ambulatoire quand il ou elle n'a plus d'œdèmes bilatéraux ni d'insuffisance pondérale et qu'il/elle ne souffre donc plus de MAS.
- La décision de terminer le traitement de l'enfant dépend de sa récupération par rapport à sa condition initiale de MAS (gain de poids de 15% du poids à l'admission ou du poids sans œdèmes) : quand il prend régulièrement du poids et qu'il est bien portant du point de vue clinique et alerte.

Demandez aux participants de se reporter au **Document 4.17 Critères de fin de traitement et catégories de sortie pour la PCMA,** en les orientant vers la colonne au centre du tableau qui traite des critères de fin de traitement en PEC MAS ambulatoire et des catégories de sortie.

Pratique : Utiliser les fiches individuelles de suivi de la PEC MAS ambulatoire pour déterminer l'action nécessaire. Demandez aux participants d'utiliser l'**exercice 4.4 Fiches individuelle de suivi de la PEC MAS ambulatoire, partiellement remplies** et de se reporter au Document 4.13 Protocole d'action de la PEC MAS ambulatoire**.** Dites-leur d'utiliser le protocole d'action de la PEC MAS ambulatoire pour déterminer l'action qui s'avère nécessaire (sortie de traitement, suivi à domicile, référence) et demandez-leur de remplir la fiche de suivi en conséquence. En plénière, discutez de ce qu'ils ont décidé de faire et demandez-leur s'ils ont eu des problèmes pour remplir la fiche individuelle de suivi en PEC MAS ambulatoire. Discutez et comblez les lacunes.

Exercice 4.4 Fiches individuelles de suivi de la PEC MAS ambulatoire, remplies partiellement (avec réponses)

Exemple 1 : L'enfant a besoin de suivi
La fiche individuelle de suivi de la PEC MAS ambulatoire (remplie jusqu'à la cinquième semaine) montre que l'enfant n'a pas pris de poids ces deux dernières semaines et pèse 5 kg. Lors de la prochaine séance de suivi de la PEC MAS ambulatoire, l'enfant pèse encore 5 kg.
(Les participants devraient déterminer que l'enfant a besoin d'une visite de suivi à domicile et remplir en conséquence la fiche individuelle de suivi, notant l'action qui devra être entreprise [informer l'agent d'extension]).

Exemple 2 : L'enfant est prêt à sortir de la PEC MAS (fin du traitement)
La fiche individuelle de suivi de la PEC MAS ambulatoire (remplie jusqu'à la huitième semaine) montre que l'enfant a été admis avec un PB de 109 mm. L'enfant a pris régulièrement du poids ces deux dernières semaines et il est bien portant du point de vue clinique.

(Les participants devraient déterminer que l'enfant est prêt à sortir de la PCMA et remplir en conséquence la fiche individuelle de suivi).

OA.8

Discussion en groupe : Procédures de sortie de la PEC MAS (fin du traitement). Demandez aux participants de réfléchir aux actions spécifiques qu'il faut entreprendre lorsqu'on met fin au traitement en PEC MAS ambulatoire. Marquez les réponses sur une grande fiche. Si les participants ont du mal à nommer les actions, animez la discussion pour susciter les réponses ci-après :

- L'enfant reçoit une ration de l'ATPE pour faciliter la transition à la nourriture familiale. (Généralement sept sachets de Plumpy'nut® ou la quantité équivalente de l'ATPE fabriqué localement.)
- L'état des vaccinations est vérifié et mis à jour.
- On vérifie si l'enfant a reçu tous les médicaments nécessaires (vitamine A au moment de l'admission si l'enfant a des œdèmes bilatéraux. Donner à l'enfant le vaccin contre la rougeole ou autres vaccins du PEV qu'il n'a pas encore reçus).
- La mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant reçoit des directives sur les soins à donner à l'enfant et on lui indique qu'elle doit revenir si l'état de l'enfant s'aggrave.

OBJECTIF D'APPRENTISSAGE 9 : Décrire les liens entre la PEC MAS ambulatoire et les autres soins, services, programmes et initiatives

OA.9

FORMATEUR : Revoyez le **Document 1.12 Intégrer la PCMA aux soins de santé de routine au niveau du district**. Si ce contenu a été couvert d'une manière approfondie dans le Module Un, il suffira de le revoir brièvement ici.

Groupes de travail : Relier la PEC MAS ambulatoire aux autres soins et services. Indiquez aux participants que la PEC MAS ambulatoire présente une bonne occasion de relier les enfants et leurs mères ou accompagnant(e)s à d'autres soins et services du système sanitaire et de la communauté. Des liens peuvent être établis avec :

La PEC MAM, la PCIME, le PEV, le CDV, la planification familiale, l'éducation sanitaire et nutritionnelle, les programmes de distribution alimentaire, la sécurité alimentaire et les programmes de subsistance, les programmes d'eau et assainissement et les autres services de soutien gouvernementaux et non gouvernementaux.

Demandez aux participants de former des groupes de travail de trois ou quatre, par district ou région si possible, et distribuez des fiches. Demandez à chaque groupe de marquer sur une fiche tous les services, programmes et initiatives de santé qui existent dans leur district et expliquez comment ils sont reliés à la PEC MAS ambulatoire (cartographie). Demandez aux groupes d'afficher leurs fiches et expliquez leurs liens avec la PEC MAS ambulatoire. Discutez. Laissez les fiches affichées pour le reste de la formation.

SYNTHÈSE ET ÉVALUATION DU MODULE

INFORMATION CLÉ

FORMATEUR : Prenez connaissance du **Document 4.18 Aspects essentiels de la PEC MAS ambulatoire**.

ACTIVITÉS ET MÉTHODES PROPOSÉES

Jeu de rôle facultatif : Pratiquer l'admission à la PEC MAS ambulatoire. Pour préparer ce jeu de rôle, faites des copies des fiches de suivi en PEC MAS ambulatoire (non remplies), des fiches de rations de l'ATPE (nom remplies), des fiches de référence des agents d'extension indiquant un PB rouge, et **du Document 4.11 Récupération nutritionnelle et ATPE** (surtout la section sur les rations de l'ATPE). Il faut également des mètres rubans pour le PB et une poupée.

Demandez deux volontaires : Une personne sera la mère avec un petit enfant et l'autre l'infirmière en charge de la PEC MAS ambulatoire. Donnez à chaque volontaire une fiche avec la description de son rôle, tel qu'expliqué dans **Exercice 4.5 Jeu de rôle sur les admissions en PEC MAS ambulatoire**, ci-après, laissez aux volontaires quelques minutes pour revoir leurs rôles, commencez le jeu de rôle.

Une fois terminé, discutez le jeu de rôle en plénière, en demandant aux participants de combler les lacunes et de faire des suggestions sur le bon déroulement de ces évaluations. Si vous avez le temps, vous pouvez répéter le jeu de rôle avec d'autres volontaires.

Exercice 4.5 Jeu de rôle sur les admissions en PEC MAS ambulatoire

<u>Mère avec un petit enfant se présente au dispensaire avec site PEC AMS ambulatoire:</u>

- Utilisez une poupée pour l'enfant. Donnez un nom à l'enfant (s'il est acceptable de nommer la poupée dans cette culture).
- Votre enfant a 10 mois environ (vous ne le savez pas exactement) et il est le plus jeune de cinq. Votre mari est mort il y a un an à la suite d'une longue maladie.
- Vous l'allaitez mais vous ne vous sentez pas très bien vous-même et le bébé ne semble pas recevoir beaucoup de lait. Vous lui donnez de la bouillie de maïs et parfois du lait de vache mais le bébé n'a pas beaucoup d'appétit et il devient de plus en plus maigre.
- Il a eu de la diarrhée liquide toute la semaine dernière et ce n'est pas la première fois. Chaque fois qu'il a de la diarrhée, vous arrêtez de l'allaiter.
- L'agent de santé communautaire dans votre village a mesuré l'enfant avec le mètre ruban et a pressé ses pieds. Il a vous a dit que l'enfant était très malade. Il vous a dit d'aller au dispensaire tout de suite où on vous donnera un aliment spécial et des médicaments pour votre enfant. Il vous a donné une feuille de papier où quelque chose était écrit et vous a dit de le remettre à l'infirmière mais vous ne savez pas ce que cela dit car vous ne savez pas lire.
- Vous êtes prête à vous rendre au dispensaire même si c'est à trois heures de marche car vous avez entendu d'autres mères de votre village auxquelles on a donné une pâte d'arachide spéciale pour les enfants maigres et gonflés. Vous espérez vraiment que cette fois-ci la visite vaut la peine. Vous êtes déjà venue à cet endroit et à chaque fois, c'était plutôt une mauvaise expérience pour vous. Combien vous espérez que l'infirmière pourra aider votre enfant pour qu'il se sente mieux et pour qu'il reçoive de la nourriture.

- Vous devriez attendre que l'infirmière vous pose des questions sur votre enfant et sur son état de santé. Si elle ne le fait pas, vous pourriez lui dire certaines choses en espérant que cela suscitera plus de questions.

Infirmière/infirmier de la PEC MAS ambulatoire :

- Vous êtes un infirmier ou une infirmière et vous gérez la PEC MAS ambulatoire
- Une mère se présente avec un bébé maigre
- Demandez la fiche de référence de l'ASC qui montre un PB rouge. L'enfant a déjà été pesé au dispensaire par votre bénévole, et il fait 4,5 kg.
- Prenez à nouveau le PB et vous trouvez qu'il est de 109 mm. Ensuite, vous demandez les antécédents médicaux et vous posez d'autres questions à la mère sur l'état de l'enfant.
- Suivez les indications de la fiche individuelle de suivi de la PEC MAS ambulatoire. Faites une évaluation approfondie, avec examen médical et test d'appétit avec l'ATPE, pour pouvoir remplir la fiche individuelle de suivi avec l'information nécessaire. Remplissez la fiche individuelle de suivi et, si nécessaire, posez à la mère des questions pour combler les manques.
- Déterminez quelle est l'action nécessaire : admission à la PEC MAS ambulatoire, référence vers la PEC MAS hospitalière ou référence vers la PEC MAM.
- Si vous décidez d'admettre l'enfant à la PEC MAS ambulatoire, discutez des messages clés avec la mère. Prenez note de ce que vous dit la mère lorsque vous discutez de l'état de santé de son enfant. Cela vous aidera à mieux savoir quels sont les messages sur lesquels vous devez insister.
- Si vous donnez l'ATPE, déterminez la quantité nécessaire en fonction du poids de l'enfant. Remplissez la fiche de rations de l'ATPE avec toute l'information applicable.
- Dites à la mère combien il est important de continuer à allaiter l'enfant avant chaque repas de l'ATPE. Dites-lui aussi d'augmenter le nombre de tétées lorsque le bébé a la diarrhée. Donnez des conseils pour intensifier l'allaitement. Demandez à la mère de revenir chaque jeudi pour une séance de suivi et expliquez son importance.

Méthode proposée : Revue des objectifs d'apprentissage et remplissage du formulaire d'évaluation

- Revoyez l'objectif d'apprentissage du module. Dans ce module, nous avons :

  1. Décrit PEC MAS ambulatoire pour les enfants de 6-59 mois avec MAS sans complications médicales
  2. Décrit la procédure des admissions
  3. Expliqué le traitement médical dans la PEC MAS ambulatoire et les séances hebdomadaires de suivi de la PEC MAS ambulatoire
  4. Expliqué le traitement médical dans la PEC MAS ambulatoire
  5. Expliqué la récupération nutritionnelle dans la PEC MAS ambulatoire
  6. Décrit les messages clés donnés aux mères ou accompagnant(e)s de l'enfant pendant la PEC MAS ambulatoire
  7. Utilisé le protocole d'action de la PEC MAS ambulatoire pour déterminer l'action supplémentaire nécessaire
  8. Expliqué les critères et les procédures de fin de traitement
  9. Décrit les liens entre PEC MAS ambulatoire et d'autres soins et services, programmes et initiatives

- Posez des questions et demandez du feedback sur ce module.

- Distribuez le **Document 4.18 Aspects essentiels de la PEC MAS ambulatoire**

en tant que récapitulatif du **Module 4**.

- Rappelez aux participants qu'ils auront l'occasion de s'exercer lors de la visite sur le terrain.
- Demandez aux participants de remplir la fiche d'évaluation du module.

PRATIQUE SUR LE TERRAIN POUR LA PEC MAS AMBULATOIRE

VUE D'ENSEMBLE

Un maximum de cinq participants devrait se rendre sur chaque site PEC MAS ambulatoire un jour donné. Coordonnez avec autant de sites PEC MAS ambulatoire que nécessaire pour garder le nombre de participants à cinq au plus.

Un agent de santé qui a de l'expérience, dans l'idéal une personne affiliée au site PEC MAS ambulatoire, devrait guider les participants, d'abord en montrant les activités et, ensuite, en invitant les participants à prendre plus de responsabilité. Les participants doivent achever toutes les activités sous la supervision d'un agent de santé qualifié.

Indiquez aux participants qu'ils doivent apporter tous les documents qui leur ont été distribués avec les critères d'admission et de sortie, le protocole d'action, les protocoles médicamenteux et de récupération nutritionnelle (indiqués ci-après) ainsi que les autres outils que les formateurs jugent nécessaires. La pratique sur le terrain pour le **Module 2 : Définir et mesurer la malnutrition aiguë** sera faite lors de cette visite et, par conséquent, les participants devraient également apporter le **Document 2.4 Evaluer l'âge, les œdèmes bilatéraux, le PB, le poids et la taille.**

Mettez les participants en paire avec quelqu'un qui parle la langue locale.

Préparation de la pratique sur le terrain pour la PEC MAS ambulatoire

Demandez aux participants de se reporter au **Document 4.19 Grille de vérification de la PEC MAS ambulatoire (pratique sur le terrain)** et discutez les procédures et les étapes que les participants vont suivre sur les sites communautaires :

- Mesures anthropométriques (quatre enfants, si possible)
- Admission (quatre enfants, si possible)
- Séance de suivi (quatre enfants, si possible)
- Sortie - Fin du traitement (trois enfants, si possible)
- Accepter les références venant de la PEC MAS hospitalière
- Parler avec les agents de santé et les mères ou accompagnant(e)s de l'enfant

Les participants devront voir autant de cas que possible pour comprendre les différents scénarios de la prise de décisions lors de l'admission, des séances de suivi et de la sortie de la PEC MAS ambulatoire.

LA PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE DE LA MALNUTRITION AIGUË SEVERE

Objectifs d'apprentissage	Documents à emporter pour la pratique sur le terrain concernant la PEC MAS ambulatoire
1. Evaluer et admettre l'enfant à la PEC MAS ambulatoire	▪ Document 2.4 Evaluer l'âge, les œdèmes bilatéraux, le PB, le poids et la taille (du Module 2) ▪ Document 4.1 Critères d'admission et catégories d'entrée pour la PCMA ▪ Document 4.2 Critères d'admission à la PEC MAS ambulatoire ▪ Document 4.3 Procédure d'admission à la PEC MAS ambulatoire ▪ Document 4.7 Traitement médical pour la PEC MAS ambulatoire ▪ Document 4.8 Médicaments de routine pour la PEC MAS ambulatoire ▪ Document 4.9 Médicaments supplémentaires pour la PEC MAS ambulatoire ▪ Document 4.10 Protocoles médicamenteux pour la PEC MAS ambulatoire ▪ Document 4.11 Récupération nutritionnelle et ATPE ▪ Document 4.12 Messages clés des conseils individuels dans la PEC MAS ambulatoire ▪ Document 4.13 Protocole d'action de la PEC MAS ambulatoire ▪ Document 4.16 PEC MAS ambulatoire : critères de sortie ▪ Document 4.17 Critères de fin de traitement et catégories de sortie de la PCMA ▪ Document 4.19 Grille de vérification de la PEC MAS ambulatoire : Pratique sur le terrain
2. Evaluer et traiter l'enfant lors d'une séance de suivi de la PEC MAS ambulatoire	

PRATIQUE SUR LE TERRAIN
OBJECTIF D'APPRENTISSAGE 1 :
Evaluer et admettre un enfant à la PEC MAS ambulatoire

Pratique de l'admission des enfants à la PEC MAS ambulatoire (admettre quatre enfants pendant la pratique)

(REMARQUE : Cela comprend les enfants référés de la PEC MAS hospitalière)

Anthropométrie

- Evaluer si les œdèmes bilatéraux sont présents
- Mesurer le périmètre brachial (PB), le poids et la taille
- Classer l'état nutritionnel (Œdèmes bilatéraux, PB , rapport P/T)
- Noter les indicateurs nutritionnels sur les fiches de suivi de la PEC MAS ambulatoire et sur la fiche des rations de l'ATPE

Nouvelles admissions

- Obtenir les détails d'inscription de la mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant et noter les mesures anthropométriques
- Noter les antécédents médicaux
- Faire un examen physique
- Administrer le test d'appétit (se laver les mains avant)
- Décider : référence vers la PEC MAS hospitalière s'il existe une complication médicale ou opter pour l'admission à la PEC MAS ambulatoire ou la PEC MAM
- Calculer les doses et donner les médicaments de routine aux enfants
- Expliquer le traitement médical à la mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant
- Calculer la quantité de l'ATPE pour l'enfant et la noter et donner la ration (en fonction du poids de l'enfant et de la fréquence des visites)
- Discuter des messages clés avec la mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant
- Remplir la fiche de rations de l'ATPE de l'enfant
- Demander à la mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant de répéter les instructions sur la manière de donner les médicaments et l'ATPE
- Mettre la mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant en contact avec l'agent d'extension

Accepter les références venant de la PEC MAS hospitalière

- Revoir la fiche de référence de la PEC MAS hospitalière et noter l'information pertinente sur la fiche individuelle de suivi de la PEC MAS ambulatoire (y compris les médicaments)
- Revoir l'information et les médicaments donnés dans la PEC MAS hospitalière, faire confirmer par la mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant les médicaments reçus jusqu'à présent et ajuster les médicaments qui seront donnés dans la PEC MAS ambulatoire au moment de l'admission.
- Suivre le protocole d'amission (test d'appétit, calculer la ration de l'ATPE, discuter des messages clés, remplir la fiche de rations de l'ATPE, mettre en contact avec l'agent d'extension)

PRATIQUE SUR LE TERRAIN
OBJECTIF D'APPRENTISSAGE 2 :
Evaluer et traiter un enfant pendant la séance de suivi de la PEC MAS ambulatoire

Pratique sur le site : Réaliser une séance de suivi de la PEC MAS ambulatoire (visite avec quatre enfants pour la pratique)

Anthropométrie

- Evaluer si des œdèmes sont présents
- Mesurer le périmètre brachial, le poids et la taille
- Classer l'état nutritionnel
- Noter les indicateurs nutritionnels sur la fiche individuelle de suivi et sur la fiche de rations de l'ATPE

Evaluer les progrès et déterminer les étapes suivantes

- Examiner les informations figurant sur la fiche individuelle de suivi et interpréter les progrès (l'état de l'enfant s'améliore-t-il ? Ou ne s'améliore-t-il pas ? Pourquoi ?)
- Utiliser le protocole d'action de la PEC MAS ambulatoire pour évaluer s'il faut une visite de suivi à domicile, une référence vers PEC MAS hospitalière ou si on peut arrêter le traitement en PEC MAS ambulatoire et prendre les dispositions nécessaires
- Discuter les progrès de l'enfant avec la mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant

Sortie de traitement

- Remplir la fiche individuelle de suivi au moment de la sortie
- Donner l'information correcte à la mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant (par exemple, quand doit-elle revenir avec l'enfant, signes de danger)
- Donner la ration de l'ATPE qui est remise au moment de la sortie du traitement
- Informer la mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant de l'existence d'autres soins, services et programmes et initiatives

Feedback/discussion: Feedback sur les séances de pratique sur le terrain

Après chaque pratique de terrain, réaliser une séance de feedback dans laquelle les participants pourront:

- Donner un feedback sur les éléments positifs observés dans chaque structure sanitaire
- Poser des questions demandant à être clarifiées par les formateurs
- Identifier les lacunes ou insuffisances demandant davantage de pratique et d'observation

MODULE QUATRE

LES DOCUMENTS POUR LA PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE DE LA MALNUTRITION AIGUË SÉVÈRE

Objectifs d'apprentissage	Documents à distribuer et exercices
1. Décrire la PEC MAS ambulatoire pour les enfants de 6-59 mois avec MAS sans complications médicales	▪ PowerPoint: Vue générale de la PCMA du Module 1 (facultatif)
2. Décrire les critères d'admission dans la PEC MAS ambulatoire	▪ Document 4.1 Critères d'admission et catégories d'entrée pour la PCMA ▪ Document 4.2 Critères d'admission à la PEC MAS ambulatoire Exercice 4.1 Admission à la PEC MAS ambulatoire
3. Décrire la procédure d'admission et les séances de la PEC MAS ambulatoire	▪ Document 4.3 Procédure d'admission à la PEC MAS ambulatoire ▪ Document 4.4 Fiche individuelle de suivi à la PEC MAS ambulatoire ▪ Document 4.5 Fiche de rations de l'ATPE ▪ Document 4.6 Utiliser la fiche individuelle de suivi de la PEC MAS ambulatoire et la fiche de rations de l'ATPE ▪ Exercice 4.2 Fiche individuelle de suivi et fiche de rations de l'ATPE
4. Expliquer le traitement médical pour la PEC MAS ambulatoire	▪ Document 4.7 Traitement médical pour la PEC MAS ▪ Document 4.8 Médicaments de routine pour la PEC MAS ambulatoire ▪ Document 4.9 Médicaments supplémentaires pour la PEC MAS ambulatoire ▪ Document 4.10 Protocoles médicamenteux pour la PEC MAS ambulatoire
5. Expliquer la récupération nutritionnelle pour la PEC MAS ambulatoire	▪ Document 4.11 Récupération nutritionnelle et ATPE
6. Décrire les messages clés pour les mères ou accompagnant(e)s des enfants, donnés dans la PEC MAS ambulatoire	▪ Document 4.12 Messages clés pour les conseils individuels dans la PEC MAS ambulatoire (Counselling)
7. Reconnaître quand une action supplémentaire s'avère nécessaire: référence vers la PEC MAS hospitalière et visites de suivi à domicile	▪ Document 4.13 Protocole d'action de la PEC MAS ambulatoire ▪ Document 4.14 Référence vers la PEC MAS hospitalière ou les visites de suivi à domicile ▪ Document 4.15 Fiche de référence ▪ Exercice 4.3 Identifier les enfants qui ont besoin de visites de suivi à domicile ou de référence vers la PEC MAS hospitalière

8. Expliquer les critères et procédures de sortie (fin de traitement)	▪ Document 4.16 PEC MAS ambulatoire: critères de sortie ▪ Document 4.17 Critères de fin de traitement et catégories de sortie de la PCMA ▪ Exercice 4.4 Fiches de suivi de la PEC MAS ambulatoire
9. Décrire les liens entre la PEC MAS ambulatoire et les autres services, programmes et initiatives	▪ Document 1.12 Intégrer la PCMA aux soins de santé de routine au niveau du district
Synthèse et évaluation du module	▪ Document 4.18 Aspects essentiels de la PEC MAS ambulatoire pour les enfants de 6-59 mois avec MAS sans complications médicales ▪ Exercice facultatif 4.5 Jeu de rôle sur les admissions à la PEC MAS ambulatoire

DOCUMENT 4.1
Critères d'admission et catégories d'entrée pour la PCMA

CRITÈRES D'ADMISSION POUR LA PCMA

PEC MAS hospitalière	PEC MAS ambulatoire	PEC MAM
Critères d'admissions pour les enfants de 6-59 mois		
☐ Œdèmes bilatéraux +++ **Ou** ☐ Kwashiorkor avec marasme: Tout degré d'œdèmes bilatéraux avec émaciation grave **Ou** ☐ Œdèmes bilatéraux + ou ++ ou émaciation grave **avec** l'une quelconque des complications médicales suivantes : • Anorexie, manque d'appétit • Vomissements persistants • Convulsions • Léthargie, n'est pas alerte • Perte de connaissance • Infections respiratoires inférieures • Fièvre élevée • Grave déshydratation • Anémie grave • Hypoglycémie • Hypothermie • Lésions cutanées • Signes oculaires d'avitaminose A **Ou** ☐ Référés de la PEC MAS ambulatoire selon le protocole d'action Autre: nourrisson ≥ 6 mois et < 4kg	☐ Œdèmes bilatéraux + et ++ **Ou** ☐ PB < 115 mm **Ou** ☐ P/T < -3 z-score *Et* • Appétit • Bien portant cliniquement • Alerte	☐ PB ≥ 115 mm et < 125 mm **Ou** ☐ P/T ≥ -3 z-score et < -2 z-score *Et* • Appétit • Bien portant cliniquement • Alerte **Egalement :** Références des enfants récupérant après MAS, après fin de traitement PEC MAS quelle que soit leur anthropométrie.
Critères d'admission pour les nourrissons < 6 Mois		
Nourrissons < 6 mois avec œdèmes bilatéraux ou émaciation visible (ou allaitement maternel insuffisant dans un contexte de vulnérabilité)		
Critères d'admission pour les femmes enceintes et allaitantes		
		<u>Femmes enceintes</u> Premier et deuxième trimestres avec PB < 210 mm **<u>Femmes allaitantes</u>** Mères avec nourrissons < 6 mois avec PB < 210 mm

CATÉGORIES D'ENTRÉE POUR LA PCMA

PEC MAS hospitalière	PEC MAS ambulatoire	PEC MAM
Nouvelles admissions, Enfants de 6 à 59 mois		
Nouveaux cas de MAS ☐ Enfant répond aux critères d'admission -y compris *rechute* après guérison	**Nouveaux cas de MAS** ☐ Enfant répond aux critères d'admission -y compris *rechute* après guérison **(*Inclues les enfants référés de la PEC MAM :*** L'état de santé de l'enfant s'est aggravé dans la PEC MAM et l'enfant répond aux critères d'admission PEC MAS ambulatoire)	**Nouveaux cas de MAM** ☐ Enfant répond aux critères d'admission -y compris *rechute* après guérison ***(Catégorie à part:*** Enfant non-MAM est admis après contre référence de la PEC MAS : enfant récupéré de la MAS nécessitant un supplément)
Nouvelles admissions, Autres groupes d'âge		
Nouveaux cas de MAS Nourrisson < 6 mois Enfant ≥ 5 ans Adolescent Adulte	**Nouveaux cas de MAS** Personne ne répond pas aux critères d'admission préfixés et reçoit une PEC MAS ambulatoire (cas d'exception)	**Nouveaux cas de MAM** Personne ne répond pas aux critères d'admission préfixés et reçoit une PEC MAM
Anciens cas, Enfants de 6 à 59 mois		
Référence de la PEC MAS ambulatoire L'état de santé de l'enfant s'est aggravé dans la PEC MAS ambulatoires (selon le protocole d'admission et d'action) **Mouvement** Enfant est revenu après abandon récent, ou vient d'un autre site PEC MAS hospitalière	**(Contre) Référence de la PEC MAS hospitalière** L'état de santé de l'enfant s'est amélioré dans la PEC MAS hospitalière et l'enfant continue son traitement en PEC MAS ambulatoire. **Mouvement** Enfant est revenus après abandon récent, ou vient d'un autre site PEC MAS ambulatoire	**Mouvement** Enfant est revenus après abandon récent, ou vient d'un autre site PEC MAM

Remarque :
Le PB est l'indicateur préféré de l'émaciation pour l'admission à la PCMA. Le PB est utilisé pour les enfants âgés de 6 à 59 mois.

Suivant les directives nationales, l'indice poids-taille (rapport P/T) est un indicateur de l'émaciation et est exprimé en z-score d'écart type (ET) à la médiane des normes de croissance de l'enfant de l'Organisation mondiale de la Santé (standards OMS).

DOCUMENT 4.2
Critères d'admission à la PEC MAS ambulatoire

QUI DEVRAIT ÊTRE ADMIS À LA PEC MAS AMBULATOIRE?

- Les enfants âgés de 6-59 mois qui souffrent de malnutrition aiguë sévère (MAS), qui ont de l'appétit (capables de manger l'aliment thérapeutique prêt à l'emploi [ATPE], et qui ont passé le test d'appétit) et qui n'ont pas de complications médicales
- Les enfants dont la mère ou l'accompagnant(e) refuse la PEC MAS hospitalière et qui ont été recommandés. L'enfant a besoin de visites de suivi à domicile et d'un contrôle régulier pendant qu'il est en PEC MAS ambulatoire, car c'est un cas à risque.
- Les enfants pour lesquels l'agent de santé a déterminé qu'ils devaient être admis même s'ils ne répondent pas aux critères d'admission de la PCMA, comme les enfants de plus de 5 ans avec œdèmes bilatéraux ou les enfants qui souffrent visiblement d'une émaciation grave.
- Les enfants référés à la PEC MAS ambulatoire après séjour à la PEC MAS hospitalière, pour terminer le traitement
- Les enfants qui avaient quitté la PCMA sans avoir terminé le traitement (abandon) mais qui reviennent pour continuer le traitement

QUI N'EST PAS ADMIS À LA PEC MAS AMBULATOIRE?

- Les enfants avec MAS et complications médicales, y compris les enfants qui manquent d'appétit, qui doivent être référés vers la PEC MAS hospitalière
- Les enfants de moins de 6 mois qui ont des œdèmes bilatéraux ou émaciation visible, et/ou enfants dont la mère n'a pas suffisamment de lait maternel qui doivent être référés vers la PEC MAS hospitalière spécialisée de la PEC MAS chez les nourrissons
- Les enfants avec malnutrition modérée qui doivent être référés vers la PEC MAM si elle est disponible
- Les enfants qui sont malades mais qui ne souffrent pas de MAS et qui doivent être référés vers les soins de santé appropriés
- Les enfants vivant avec le VIH/SIDA et qui souffrent de MAS suivent le protocole de traitement de la MAS

Remarque:
Adultes et adolescents : Jusqu'à présent, les programmes de PEC MAS ambulatoire n'ont pas beaucoup d'expérience en ce qui concerne les adultes ou les adolescents. Les soins et le traitement dépendront du contexte des directives nationales. Actuellement, la meilleure pratique consiste à les référer vers la PEC MAS hospitalière et à dispenser un traitement en fonction des protocoles de l'Organisation mondiale de la Santé et des protocoles nationaux. Dans plusieurs pays (comme le Malawi, la Zambie, le Mozambique), les adultes séropositifs-VIH souffrant de malnutrition grave sont traités en PEC MAS hospitalière avec les laits F75/F100 et en PEC MAS ambulatoires avec l'ATPE. Une recherche est en cours pour déterminer le protocole de la prise en charge de la malnutrition aiguë le plus efficace pour les adultes et adolescents séropositifs-VIH.

Jumeaux : Si le premier jumeau répond aux critères d'admission de la PCMA, mais pas le second, le second jumeau n'est pas admis. Par contre, ce second jumeau pourrait recevoir la ration de l'ATPE hebdomadaire car on sait fort bien que les rations seront partagées. Une fiche de rations de l'ATPE pour le second jumeau est remplie et agrafée à la fiche de rations de l'ATPE du premier jumeau qui a été admis.

DOCUMENT 4.3
Procédure d'admission à la PEC MAS ambulatoire

A. VUE D'ENSEMBLE DE LA PROCÉDURE D'ADMISSION À LA PEC MAS AMBULATOIRE

Remarque : Pour la séance de suivi de la PEC MAS ambulatoire, les étapes 1-15 [exceptée 6] sont répétées

1. Eau sucrée donnée

2. Œdèmes bilatéraux vérifiés

3. Anthropométrie :
PB mesuré
Poids pris
Longueur ou taille mesurée
Rapport P/T vérifié*

4. Etat nutritionnel noté

5. DÉCISION : L'ENFANT EST ADMIS POUR MAS OU RÉFÉRÉ POUR MAM OU AUTRE

Dans les séances de suivi: progrès dans l'état nutritionnel est suivi

6. Nombre d'inscriptions donné

7. Bilan médical :

Anamnèse et examen médical notés sur la fiche individuelle de suivi de la PEC MAS ambulatoire

8. Test d'appétit

9. DÉCISION : L'ENFANT EST ADMIS À LA PEC MAS AMBULATOIRE OU RÉFÉRÉ VERS LA PEC MAS HOSPITALIÈRE (BASÉE SUR LES CRITÈRES D'ADMISSION)
Dans les séances de suivi: décision si l'enfant continue le traitement,
ou s'il est référé vers la PEC MAS hospitalière ou les soins tertiaires [en fonction du protocole d'action],
Ou s'il nécessite une visite de suivi à domicile,
ou s'il est prêt à quitter le traitement [en fonction des critères de sortie]

Enfant reste dans la PEC MAS ambulatoire

10. Médicaments de routine sont donnés au moment de l'admission
Dans les séances de suivi la PEC MAS ambulatoire : fourniture de médicaments en fonction de l'état de l'enfant et selon le protocole thérapeutique et
11. L'approvisionnement hebdomadaire de l'ATPE est calculé
12. La fiche de rations de l'ATPE est remplie et l'ATPE est donné (Du savon est également donné si on en a)
13. Conseils sur la manière d'administrer ATPE (messages clés) et antibiotiques sont donnés au moment de l'admission
Dans les séances de suivi: les conseils sur les progrès et l'éducation sanitaire et nutritionnelle sont donnés
14. Explication des horaires de la PEC MAS ambulatoire et quand il faut revenir pour les séances de suivi à la PEC MAS ambulatoire et prise de contact avec l'agent d'extension (ASC, ou bénévole)
15. Liens avec d'autres soins, programmes et initiatives

Enfant est référé vers la PEC MAS hospitalière

10. La première dose d'antibiotique est donnée
11. La fiche de référence est remplie et donnée
(Organiser les moyens de transport si c'est possible)

* Remarque: Dans les pays où les œdèmes bilatéraux et le périmètre brachial (PB) sont utilisés pour l'admission, ajuster la courbe ou le diagramme et retirer l'information sur la mesure de la taille et la mesure sur le rapport poids-taille [P/T].

B. ASPECTS IMPORTANTS À ENVISAGER LORS DE LA PROCÉDURE D'ADMISSION

- Si les mères/accompagnant(e)s des enfants doivent attendre à l'extérieur, il faut avoir un endroit où elles peuvent se mettre à l'ombre. Organiser la circulation des patients et la salle d'attente pour que les mères/accompagnant(e)s des enfants aient une place pour s'asseoir et pour que les agents de santé puissent voir les enfants et prendre les mesures de manière bien ordonnée.

- Il faut donner de l'eau propre et potable aux enfants qui attendent d'être admis. Si c'est possible, on leur donnera de **l'eau sucrée** car cela aide à prévenir l'hypoglycémie.

- Les enfants dont l'état est grave doivent être traités en premier.

- De l'eau doit être disponible pour les enfants qui mangent l'aliment thérapeutique prêt à l'emploi (ATPE) pendant le test d'appétit et pendant la période d'attente.

- De l'eau et du savon doivent être disponibles pour se laver les mains.

C. ÉTAPES D'ADMISSION

- On vérifie si les enfants ont des œdèmes bilatéraux, on mesure leur PB, on les pèse et on mesure leur longueur ou taille.

- Si un enfant répond aux critères d'admission pour la PEC MAS, l'agent de santé prend les antécédents médicaux et fait un examen physique. Les antécédents médicaux donnent des informations sur les œdèmes bilatéraux, la diarrhée, les vomissements, la toux, l'appétit, la fréquence des selles et de l'urine, la durée des œdèmes bilatéraux et l'allaitement maternel. L'examen physique porte sur la mesure de la fréquence respiratoire, le tirage intercostal et la température du corps ainsi que des observations sur les yeux, les oreilles, les ganglions lymphatiques, la bouche et les extrémités (voir **Document 4.7 Traitement médical pour la PEC MAS ambulatoire** pour de plus amples informations).

- Toute lesinformation sont notées sur la fiche individuelle de suivi de l'enfant en PEC MAS ambulatoire, qui est gardée dans les dossiers du site PEC MAS ambulatoire. L'agent de santé doit remplir la fiche individuelle de suivi pour l'enfant admis au site, même pour ceux qui seront référés vers la PEC MAS hospitalière. Chaque enfant a un numéro unique d'inscription qui figure sur la fiche individuelle de suivi de la PEC MAS ambulatoire.

- On détermine si l'enfant a de l'appétit. L'ATPE est donné à la mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant pour qu'elle le donne à l'enfant et pour faire un test d'appétit sous observation. Le degré d'appétit de l'enfant est noté par l'agent de santé. Voir **Section D ci-après pour une information détaillée sur le test d'appétit.**

- En fonction du test d'appétit et de l'évaluation médicale (anthropométrie, antécédents médicaux, examen physique), l'agent de santé détermine si l'enfant doit être référé vers la PEC MAS hospitalière ou admis à la PEC MAS ambulatoire.

- Les médicaments de routine sont donnés en fonction du protocole de traitement.

- L'enfant reçoit une ration de l'ATPE et la quantité est marquée sur la fiche individuelle de suivi et une fiche de rations de l'ATPE est donnée à la mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant.

- L'agent de santé donne les conseils indiqués à la mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant en lui communiquant les principaux messages sur la manière d'alimenter son enfant avec l'ATPE, comment lui donner les médicaments, quand revenir pour la PEC MAS ambulatoire et amener immédiatement l'enfant à la structures sanitaire si son état s'aggrave.

Remarque: La PEC MAS ambulatoire comprend les conseils individuels (Counselling), l'éducation sanitaire et nutritionnelle et la communication pour le changement de comportement (CCC) lors de chaque séance. Il est important que la première séance de conseils se concentre uniquement sur les messages indiqués ci-dessus pour que la mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant comprenne clairement les pratiques qui sont essentielles pour le traitement réussi de la MAS. Au fur et à mesure que l'état de l'enfant s'améliore, d'autres messages pourront être donnés. Ces messages sont discutés plus amplement sous l'**Objectif d'apprentissage 6.**

- La mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant reçoit une explication sur le calendrier avec les horaires la PEC MAS ambulatoire et on lui indique également quand elle doit revenir pour les séances de suivi de la PEC MAS ambulatoire. On lui indique également qui est l'agent d'extension responsable de sa communauté (nom de l'agent d'extension, que ce soit un ASC ou un bénévole, comment elle peut le ou la contacter s'il/elle n'a pas été présenté lors du dépistage ou de l'admission).

- On lui parle aussi des autres soins, programmes ou initiatives qui peuvent la concerner (par exemple, conseil et dépistage bénévole [CDV], programme élargi de vaccinations [PEV], soins de santé reproductive, initiative de sécurité alimentaire).

D. TEST D'APPETIT POUR DÉTERMINER SI L'ENFANT DOIT ÊTRE TRAITÉ EN PEC MAS AMBULATOIRE AVEC L'ATPE

- Il est indispensable que l'enfant ait de l'appétit pour qu'il puisse être admis et rester dans la PEC MAS ambulatoire. En effet, si l'enfant n'a pas d'appétit, il ou elle ne pourra pas manger l'ATPE à la maison et il/elle doit donc être transféré vers la PEC MAS hospitalière où il y a les agents de santé spécialisés pour prendre en charge la MAS avec complications médicales.

- Les enfants âgés de 6 mois et plus passent un test d'appétit pour déterminer s'ils peuvent manger l'ATPE. Ce test montre si l'enfant a de l'appétit, s'il accepte le goût et la consistance de l'ATPE et s'il peut l'avaler (à savoir, l'enfant est-il assez âgé pour avaler des aliments solides, souffre-t-il de lésions qui l'empêchent de manger). L'anorexie ou le manque d'appétit est un signe de grave perturbation du métabolisme.

- Les enfants avec MAS qui passent le test avec succès et qui n'ont pas de complications médicales sont traités dans la PEC MAS ambulatoire. Ceux qui ne passent pas le test avec succès sont référés à la PEC MAS hospitalière.

- Le test d'appétit est répété lors de chaque séance de suivi de la PEC MAS ambulatoire. Pour les enfants qui ont l'habitude de l'ATPE, on peut faire le test à d'autres moments (par exemple, sous supervision dans un groupe, lors de l'attente).

- Les enfants qui ont d'autres complications médicales demandant qu'ils soient référés à la PEC MAS hospitalière n'ont pas besoin de passer le test d'appétit dans le site PEC MAS ambulatoire.

Le test d'appétit

1. On donne à l'enfant un pot ou un sachet de l'ATPE.
2. L'enfant doit manger *au moins un tiers du sachet ou trois cuillérées du pot de l'ATPE* pour passer le test avec succès.
3. L'agent de santé observe l'enfant manger l'ATPE et décide s'il a passé le test avec succès ou non.
4. Si l'enfant passe le test avec succès, il ou elle peut être envoyé à la maison et continuer le traitement dans la PEC MAS ambulatoire. Si l'enfant ne passe pas le test d'appétit avec succès, on commence les procédures pour le référer vers la PEC MAS hospitalière.
5. L'agent de santé note sur la fiche individuelle de suivi si l'enfant a réussi ou « échoué » au test d'appétit.

Remarque : La plupart des enfants vont manger l'ATPE immédiatement avec plaisir mais d'autres vont commencer par refuser. On laisse ces enfants tranquilles et à l'écart avec leur mère pendant un temps pour qu'ils s'habituent à l'ATPE.

E. ÉTAPES POUR LES SÉANCES DE SUIVI DE LA PEC MAS AMBULATOIRE

- Suivant le calendrier de la PEC MAS ambulatoire et s'il est possible pour la mère ou l'accompagnant(e)s d'amener son enfant, on pourra organiser des séances de suivi une fois par semaine ou toutes les deux semaines.

- On demande à la mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant de revenir pour chaque séance de suivi et on lui explique pourquoi c'est important : c'est vital pour le traitement de l'enfant car il doit recevoir l'ATPE pour sa récupération nutritionnelle.

- Lors de chaque séance de suivi, une évaluation complète de l'enfant est faite:

  - Anthropométrie, antécédents médicaux et examen physique
  - Test d'appétit
  - Suivi pour voir les progrès dans l'état nutritionnel de l'enfant
  - Décision prise de le référer vers la PEC MAS hospitalière ou les soins tertiaires suivant le protocole d'action, ou de faire une visite de suivi à domicile ou encore le moment est arrivé de terminer le traitement
  - Continuation du protocole de traitement à base de médicaments
  - Approvisionnement en ATPE
  - Conseils individuels, éducation sanitaire et nutritionnelle en groupe
  - Vérification pour déterminer qu'il n'existe pas de complications médicales
  - Suivi des progrès de l'état nutritionnel de l'enfant

- La mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant est orienté vers d'autres soins, programmes et initiatives qu'appropriés.

DOCUMENT 4.4
Fiche individuelle de suivi de la PEC MAS ambulatoire

Adapté du Valid International. 2006. *Community-based Therapeutic Care (CTC): A Field Manual*. Oxford, UK: Valid International.

Nom				**Numéro d'inscription**	/	/
Age (mois)		**Sexe** M F		**Date d'admission**		
Communauté, District				**Temps pour se rendre au site**		
Détails familiaux				**Père vivant** Oui Non	**Mère vivante** Oui	Non
Nom de la mère ou de l'accompagnant(e)				**Nombre total dans le ménage**	**Jumeau/elle** Oui	Non
Admission (entourez)	**Auto référence**	**Référence d'extension communautaire**	**Référence PEC MAS hospitalière**		**Réadmission (rechute)** Oui	Non

ANTHROPOMÉTRIE AU MOMENT DE L'ADMISSION

PB (mm)		**Poids (kg)**	**Taille (cm)**	**P/T z-score**	
Critères d'admission	Œdèmes bilatéraux	PB < 115 mm	P/T < - 3 z-score	Autre, à spécifier	**Poids cible (kg) basé sur 15% de gain de poids (sans œdème)**

ANTÉCÉDENTS

Diarrhée	Oui	Non			**# Selles/Jour**	1-3	4-5	>5
Vomissements	Oui	Non			**Urine**	Oui	Non	
Toux	Oui	Non			**Si œdèmes bilatéraux, depuis combien de temps?**			
Appétit	Bon	Peu	Pas		**Allaitement maternel**	Oui	Non	
Information supplémentaire								

EXAMEN PHYSIQUE

Test d'appétit	Réussi	Echoué							
Fréquence respiratoire *(# min)*	<30	30 – 39	40 - 49	50-59	60 +	**Tirage intercostal**	Oui	Non	
Température	^{0}C					**Conjonctives**	Normales	Pâles	
Yeux	Normaux	Enfoncés	Écoulement	Conjonctivite/ cornée		**Déshydratation**	Aucune	Modéréee	Grave
Oreilles	Normaux	Écoulement				**Bouche**	Normale	Plaies	Candidose
Ganglions lymphatiques élargis	Aucun	Cou	Aisselles	Aine		**Mains et pieds**	Normaux	Froids	
Changements de la peau	Aucun	Gale	Pèle	Ulcères / Abcès		**Infirmités**	Oui	Non	
Information supplémentaire									

MÉDICAMENT DE ROUTINE À L'ADMISSION

ADMISSION: **Amoxycilline**	Posologie:	Date:	**Test diagnostic du paludisme**	Positif	Négatif	Date:
Deuxième semaine: **Antihelminthique**	Oui	Non	**Symptômes du paludisme**	Oui	Non	
Quatrième semaine: **Vaccination contre la rougeole**	Oui	Non	**Traitement du paludisme**	Médicament /Posologie:		Date:
Vitamine A	Oui	Non	**Schéma de vaccination complété**	Oui	Non	

AUTRE MÉDICAMENT

Médicament	*Date*	*Posologie*	*Médicament*	*Date*	*Posologie*

PEC MAS AMBULATOIRE

Semaine	**ADM.**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
Date																	

ANTHROPOMÉTRIE

Poids ciblé (15% gain de poids)																	
Œdèmes bilatéraux **(+ ++ +++)**																	
PB **(mm)**																	
Poids **(kg)**																	
Perte de poids * ***(Oui/Non)***				*													
* Si en dessous du poids à l'admission à la 3e semaine, référez pour visite de suivi à domicile; si ne prend pas de poids à la 3e semaine, référez vers la PEC MAS hospitalière																	
ANTÉCÉDENTS																	
Diarrhée ***(# jours)***																	
Vomissement ***(# jours)***																	
Fièvre ***(# jours)***																	
Toux ***(# jours)***																	
EXAMEN PHYSIQUE																	
Température (^{0}C)																	
Fréquence respiratoire ***(# /min)***																	
Déshydraté ***(O/N)***																	
Anémie / pâleur des paumes ***(O/N)***																	
Lésions de peau ***(O/N)***																	
TEST D'APPÉTIT / ALIMENTATION																	
Test ATPE ***(Réussi/Echoué)***																	
ATPE ***(# unités données)***																	
ACTION / SUIVI																	
ACTION NÉCESSAIRE (***Oui/Non) (note en bas)***																	
Autre médicament ***(voir recto)***																	
Nom de l'examinateur																	
RÉSULTAT **																	

** OK=**Continue** A=**Absent** D=**Abandon pendant 3 séances** R=**Référence** RR=**Référence refusé** G=**Guéri** NR=**Non récupéré** VAD= **Visite de suivi à domicile** X=**Décédé**

ACTION ENTREPRISE PENDANT LE SUIVI (*Y COMPRIS LA DATE*)

Nom de l'agent d'extension :

DOCUMENT 4.5
Fiche de rations de l'ATPE

Recto de la fiche :

FICHE DE RATIONS ATPE	**Numéro d'inscription**	
Site	**Communauté**	
Nom de l'enfant	**Age**	**Sexe**
Poids ciblé (kg)	**Critères d'admission**	

Date	Œdèmes bilatéraux	PB (mm)	Taille (cm)	Poids (kg)	Rapport P/T	Ration ATPE

Remarques:

RÉSULTAT: Guéri Décédé Abandon Non-Récupéré Référé

Verso de la fiche :

Date	Œdèmes bilatéraux	PB (mm)	Taille (cm)	Poids (cm)	Rapport P/T	Ration ATPE

Remarques / Visites de suivi à domicile (date/signature de l'agent d'extension)

DOCUMENT 4.6
Utiliser la fiche individuelle de suivi de la PEC MAS ambulatoire et la fiche de rations de l'ATPE

A. FICHE INDIVIDUELLE DE SUIVI DE LA PEC MAS AMBULATOIRE

- La fiche individuelle de suivi de la PEC MAS ambulatoire est remplie pour tous les enfants admis au site PEC MAS ambulatoire, y compris ceux référés vers la PEC MAS hospitalière.

- Chaque enfant admis à la PCMA reçoit un **numéro d'inscription unique**, qui est noté sur la fiche individuelle de suivi de la PEC MAS ambulatoire. Le système de numérotation commence avec le premier enfant admis à ce site, à savoir,

  001/AMB/XXX
  AMB pour "PEC MAS ambulatoire"
  XXX comme code de la structure sanitaire

  Ce numéro reste le même si l'enfant est référé vers la PEC MAS hospitalière. Il doit aussi figurer sur la fiche de référence. L'hôpital ou la structure sanitaire avec site PEC MAS hospitalière doit utiliser le numéro sur la fiche lorsque l'enfant revient de la PEC MAS hospitalière à la PEC MAS ambulatoire. Le même système de numérotation s'applique pour la PEC MAM.

  Remarque: Si une mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant présente l'enfant directement à la PEC MAS hospitalière et si l'enfant est admis, alors c'est le code de la PEC MAS hospitalière qui est utilisé.

- Le **système d'archivage des fiches de suivi** est un simple système de classement dans une chemise ou classeur à fiches avec des intercalaires séparant les sections pour les enfants guéris, les abandons, les enfants décédés, et les enfants référés vers d'autres niveaux de soins. Facile à organiser, ce système permet de trouver sans problème les bonnes fiches et remplir la fiche de pointage chaque semaine et le rapport mensuel chaque mois.

- Si un enfant est référé vers la PEC MAS hospitalière, la fiche individuelle de suivi de la PEC MAS ambulatoire est classée sous « référence vers la PEC MAS hospitalière» jusqu'à ce que l'enfant revienne sur le site PEC MAS ambulatoire. Les fiches dans la section « référence » doivent être vérifiées chaque semaine, et les agents de santé doivent discuter de l'état de santé avec les agents d'extension (agents de santé communautaire [ASC], bénévoles) pour vérifier que l'enfant est revenu de la PEC MAS hospitalière et doit retourner au site PEC MAS ambulatoire pour continuer son traitement. Si l'enfant meurt dans la PEC MAS hospitalière, la fiche individuelle de suivi de la PEC MAS ambulatoire est classée sous « décès ».

- Pour les structures sanitaires qui demandent que les enfants soient inscrits pour satisfaire à leur propre système de compte rendu et de notification, il est souvent utile d'utiliser le système simplifié avec les **registres d'inscription.** Le prestataire note le numéro de l'enfant, son domicile, son endroit d'origine, la date d'admission, les indicateurs nutritionnels à l'admission (œdèmes bilatéraux, périmètre brachial [PB], poids, taille, poids-taille), la date de sortie, le PB de sortie, et le poids ciblé de sortie. Dans les soins autonomes de la PCMA, les fiches de suivi de la PEC MAS ambulatoire servent également de dossier d'inscription et il n'y a pas vraiment besoin des registres d'inscription.

B. FICHES DE RATIONS DE L'ALIMENT THERAPEUTIQUE PRÊT À L'EMPLOI (ATPE)

- L'information donnée sur les fiches de rations de l'ATPE comprend :
  - Nom de l'enfant
  - Age
  - Sexe
  - Communauté
  - Numéro d'inscription
  - structure sanitaire avec site PEC MAS ambulatoire
  - Poids ciblé
  - Critères d'admission
  - Date et indicateurs nutritionnels: œdèmes bilatéraux, mesures du PB, poids, taille, rapport P/T
  - Taille des rations et dates lorsqu'elles ont été données
  - Remarques
  - Visites de suivi à domicile
  - Résultat (par exemple, guéri, référé)

- La mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant garde la fiche de rations de l'ATPE jusqu'au moment où le traitement est terminé.

- La quantité de l'ATPE donnée est déterminée en fonction du poids de l'enfant et de la fréquence des visites et elle est notée sur la fiche de rations de l'ATPE.

- Au moment de la sortie, la date et les critères de fin de traitement sont notés sur la fiche de rations de l'ATPE.

Remarque : Le suivi individuel des enfants est basé sur les fiches individuelles de suivi de la PEC MAS ambulatoire qui alimente l'information dans le système de suivi de la PCMA (voir **Module 8 : Suivi et évaluation de la PCMA).** La collecte de données individuelles et des soins doit être adaptée au système de suivi existant des cas individuels dans les structures sanitaires et au système national d'information sanitaire (SNIS) au niveau du district. Les systèmes existants seront d'abord revus pour déterminer comment et quelle est la meilleure manière d'intégrer les fiches de suivi de la PEC MAS ambulatoire au SNIS qui est déjà en place.

DOCUMENT 4.7
Traitement médical pour la PEC MAS ambulatoire

A. ÉVALUATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ ET NUTRITIONNEL

- **Lorsqu'un enfant avec malnutrition aiguë se présente pour la première fois** à la structure sanitaire, l'agent de santé évalue l'état nutritionnel : il détermine si des œdèmes bilatéraux sont présents et prend les mesures anthropométriques.

- L'évaluation médicale comprend la prise d'antécédents médicaux et l'examen physique. Elle permet de déterminer si l'enfant a des complications médicales, y compris les signes de danger entrant dans la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) qui pourraient nécessiter une PEC MAS hospitalière. L'évaluation médicale comprend les aspects suivants : demander à la mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant quel était l'état général de l'enfant pendant la semaine passée (diarrhée, vomissements, toux, appétit, aller à la selle, éliminer les urines, œdèmes, allaitement au sein) ; examiner les yeux, les oreilles, les ganglions lymphatiques, la bouche, les extrémités et la peau ; déterminer s'il a des œdèmes bilatéraux, de la fièvre, une anémie et des infections superficielles ; contrôler la fréquence respiratoire et le tirage intercostal et voir si l'enfant est alerte et s'il n'est pas déshydraté.

- Lors **de la séance de suivi de la PEC MAS ambulatoire,** un agent de santé évalue l'état nutritionnel et la condition médicale de l'enfant. L'évaluation médicale et anthropométrique détermine les progrès du traitement ou la gravité du cas, et sert de base pour décider s'il faut continuer ou arrêter le traitement, référer l'enfant vers la PEC MAS hospitalière, ou faire une visite de suivi à domicile pour les cas à risque. L'agent de santé donne à la mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant, des conseils individuels sur l'état nutritionnel et la santé de l'enfant ainsi que sur les progrès du traitement. L'agent de santé, un éducateur ou un bénévole formé apporte également une éducation sanitaire et nutritionnelle aux mères et accompagnant(e)s des enfants donnant notamment des directives sur les pratiques optimales d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.

B. TRAITEMENT MÉDICAL DE ROUTINE DANS LA PEC MAS AMBULATOIRE

- Des médicaments de routine sont donnés à tous les enfants admis à la PEC MAS ambulatoire qu'ils aient ou non des symptômes car les enfants malades avec MAS risquent d'avoir des systèmes immunitaires affaiblis et n'auront pas de symptômes jusqu'au moment où ils commenceront à se remettre de la MAS.

- Le traitement repose sur les directives de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour le traitement de la MAS ou sur les protocoles de traitement nationaux basés sur la liste nationale des médicaments essentiels.

- L'antibiotique de première intention qui est recommandé est l'**amoxicilline.** La mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant donne la <u>première dose</u> d'amoxicilline lors de l'admission à la PEC MAS ambulatoire, sous la directive de l'agent de santé. L'agent de santé doit expliquer clairement comment continuer le traitement des antibiotiques à la maison et devrait demander à la mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant de répéter les instructions pour vérifier qu'elles sont comprises.

- La **vitamine A** est donnée en une seule dose au moment de l'admission, aux enfants qui n'ont pas d'œdèmes bilatéraux et qui n'ont pas reçu un supplément de vitamine A le mois précédent. Les enfants qui sont admis avec des œdèmes bilatéraux ne recevront de la vitamine A QU'AU moment où ils terminent le traitement à moins qu'ils n'aient des signes oculaires d'avitaminose A (tâches de Bitot, xérosis de la corné), s'il existe actuellement une flambée de cas de rougeole dans la région ou une prévalence élevée d'avitaminose A.

- **Traitement vermifuge :** Le mébendazole (ou albendazole) est donné en une seule dose lors de la seconde visite. On s'assure ainsi que l'enfant ne prend pas trop de médicaments le premier jour et cela augmente l'efficacité des médicaments car on réduit les risques de vomissements. Lors de la seconde séance, les antibiotiques seront entrés en action et l'absorption des médicaments vermifuges sera meilleure.

- **Le fer et l'acide folique ne sont pas donnés de manière routinière.** L'aliment thérapeutique prêt à l'emploi (ATPE) contient du fer et de l'acide folique. Si l'anémie est présente, elle doit être traitée en fonction des directives de la PCIME après 14 jours dans la PEC MAS ambulatoire. Les cas d'anémie grave (selon critères de PCIME) devront être référés vers la PEC MAS hospitalière. Le dépistage et le traitement du paludisme sont faits avant que ne soit dispensé le traitement à base de fer et d'acide folique.

- Dans les régions où le paludisme est endémique, le test diagnostic du paludisme et/ou le traitement antipaludique doit être administré à tous les enfants au moment de l'admission. Des tests diagnostics du paludisme sont faits systématiquement dans les régions où le paludisme est endémique pour déterminer si l'enfant est infecté ou non. Si on ne dispose pas de tests, il faut administrer un traitement antipaludique de routine.

  Remarque : L'association médicamenteuse à base d'artémisinine n'est donnée que dans les cas confirmés ou suivant les signes cliniques.

- Le statut de vaccination de l'enfant est vérifié au moment de l'admission. Si l'enfant n'a pas reçu le vaccin contre la rougeole, ce vaccin sera donné à la quatrième séance. Si les vaccinations de l'enfant sont incomplètes, les dispositions doivent être prises pour terminer les vaccinations et l'état de vaccination est marqué sur la fiche individuelle de suivi de la PEC MAS ambulatoire et le carnet de vaccination.

C. MÉDICAMENTS SUPPLÉMENTAIRES

- Des médicaments supplémentaires sont donnés en fonction du diagnostic clinique des enfants, sur une base individuelle, au moment de l'admission ou lors de l'évaluation médicale. Des antibiotiques de deuxième intention seront peut-être nécessaires si l'enfant continue à avoir des signes d'infection après que l'antibiotique de première intention a été donné. Certains enfants nécessiteront un traitement supplémentaire pour des affections comme les lésions cutanées, l'infection buccale et les infections parasitaires.

DOCUMENT 4.8
Médicaments de routine pour la PEC MAS ambulatoire

Source: Adapté du *Community-based Therapeutic Care (CTC): A Field Manual*

Nom du produit	Quand	Age/Poids	Prescription	Dose
VITAMINE A*	A l'admission (ou après 4 semaines) (SAUF pour les enfants avec des œdèmes bilatéraux*)	< 6 mois	50,000 UI	Dose unique
		6 mois à 12 mois	100,000 UI	
		> 12 mois	200, 000 UI	
		NE PAS UTILISER AVEC OEDÈMES BILATÉRAUX À L'ADMISSION*		
AMOXICILLINE	A l'admission	Tous les bénéficiaires	Voir protocole national	3 fois par jour pendant 7 jours
ANTIPALUDIQUE	Après test diagnostic positif ou signes cliniques	Tous les bénéficiaires > 2 mois et > 2 kg	Voir protocole national	Suivre le protocole national
MEBENDAZOLE**	Seconde séance	< 12 mois	NE PAS DONNER	Aucune
		12-23 mois	250 mg	Dose unique à la seconde séance
		≥ 24 mois	500 mg	
VACCINATION CONTRE LA ROUGEOLE***	La 4e semaine	A partir de 6 mois	Standard	Une à la 4e semaine

* VITAMINE A: Ne pas donner si l'enfant a déjà reçu un supplément de Vitamine A le mois dernier.
Ne pas donner aux enfants avec des œdèmes bilatéraux jusqu'au moment de la sortie de la PEC MAS ambulatoire, à moins qu'il n'ait des signes d'avitaminose A (cécité nocturne, tâches de Bitot, xérosis de la cornée – l'enfant sera référé a la PEC MAS hospitalière), s'il existe actuellement une flambée de cas de rougeole ou s'il existe une prévalence élevée d'avitaminose A dans la région.

** MEBENDAZOLE: Donner du mébendazole ou autre antihelminthique selon les protocoles nationaux (albendazole 12-23 mois 200 mg ou ≥ 24 mois 400 mg [les deux peuvent être donnés après 3 mois en cas de signes de réinfection]).

*** Vaccination contre la ROUGEOLE : Si faite à 6 mois, une seconde dose sera donnée à 9 mois.

Remarque : Le fer et l'acide folique ne devraient pas être donnés de manière routinière. Si l'anémie est dépistée en fonction des directives PCIME, le traitement ne commencera QUE 14 jours après l'entrée dans la PCMA et sera administré selon les protocoles nationaux ou de l'OMS. En cas d'anémie grave, l'enfant est référé à la PEC MAS hospitalière.

DOCUMENT 4.9
Médicaments supplémentaires dans la PEC MAS ambulatoire

Source: Adapté du *Community-based Therapeutic Care (CTC): A Field Manual*

Nom du produit	Quand donner	Posologie	Instructions spéciales
CHLORAMPHENICOL	A donner comme antibiotique de seconde intention pour l'enfant qui ne répond pas à l'amoxicilline, qui continue à avoir de la fièvre qui n'est pas imputable au paludisme	Voir protocole national	Continuer pendant 7 jours
POMMADE OCCULAIRE À BASE DE TETRACYCLINE	Pour le traitement de l'infection des yeux	Appliquer 3 fois par jour, le matin, l'après-midi, et le soir avant d'aller dormir.	Se laver les mains avant et après l'utilisation; Se laver les yeux avant l'application ; Continuer pendant 2 jours après que l'infection est partie
NYSTATINE	Pour le traitement de candida albicans	100 000 unités (1 ml) 4 fois par jour après les repas (utiliser le compte-gouttes et montrer à la mère ou l'accompagnant(e) comment l'utiliser)	Continuer pendant 7 jours
PARACETAMOL	Pour le traitement d'une fièvre de plus de 39°C	Voir protocole national	Dose unique seulement —NE PAS DONNER à emporter à la maison
BENZYL BENZOATE	Pour le traitement de la gale	Appliquer sur tout le corps. Répéter sans se laver le lendemain. Laver pour enlever après 24 heures.	Eviter le contact avec les yeux. Ne pas utiliser sur une peau lésée ou peau avec infection secondaire.
WHITFIELDS	Pour le traitement des infections fongiques de la peau	Appliquer deux fois par jour	Continuer le traitement jusqu'à ce que l'affection soit guérie.
VIOLET DE GENTIANE	Pour le traitement des abrasions mineures ou infections fongiques sur la peau	Appliquer sur la lésion	Peut être répétée lors de la prochaine séance et continuée jusqu'à ce que l'affection soit guérie.
QUININE	Traitement antipaludique de seconde intention pour les enfants qui n'ont pas réagit au premier	Voir protocole national	
SULFATE FERREUX/FOLATE	Traitement de l'anémie en fonction des directives PCIME	Selon les protocoles de l'OMS (INACG 1998 et Donnen et al. 1998)	A ne donner QU' après 14 jours dans la PCMA

DOCUMENT 4.10
Protocole médicamenteux pour la PEC MAS ambulatoire (Référence)

Source: Adapté du *Community-based Therapeutic Care (CTC): A Field Manual*

Vitamine A
Le supplément de vitamine A ne sera donné que si l'enfant n'en a pas déjà reçu au cours des 30 derniers jours (OMS 2000/a). Le supplément de vitamine A ne devrait pas être donné aux enfants avec des œdèmes bilatéraux qui sont dus à la sous-nutrition. Les recherches ont montré que les enfants avec kwashiorkor qui reçoivent un traitement avec une dose élevée de vitamine A couraient un risque de mortalité cinq fois plus élevé que le groupe témoin (Donnen et al. 1998; Donnen et al. 2003). L'aliment thérapeutique prêt à l'emploi (ATPE) contient suffisamment de vitamine A (0,91 mg/100 g) pour satisfaire au besoin quotidien à faible dose. Aussi, les enfants avec des œdèmes bilatéraux ne devront recevoir de la vitamine A QUE S'ILS ont des signes d'avitaminose A (cécité nocturne, tâches de Bitot, xérosis de la cornée), ou s'il existe à ce moment-là une flambée de cas de rougeole ou encore si la région connaît une prévalence élevée d'avitaminose A.

La posologie doit suivre les directives de l'OMS ou les protocoles nationaux (OMS 1999/b).

Amoxicilline
L'amoxicilline est donnée de manière routinière à l'admission pour traiter les infections sous-jacentes qui risquent de ne pas être apparentes à cause des défenses immunitaires affaiblies. L'amoxicilline est également efficace pour réduire la prolifération excessive de bactéries dans le tractus gastro-intestinal (Meyers et al. 2001), qui est associée couramment à la malnutrition aiguë sévère (MAS).
L'amoxicilline peut traverser la paroi du tractus gastro-intestinal et passer passivement dans les vaisseaux sanguins et ne dépend pas de mécanismes actifs de transport qui risquent d'être inefficaces chez des enfants avec malnutrition aiguë. Si les signes et symptômes de l'infection persistent après le traitement initial, il faut commencer à donner un antibiotique de seconde intention.

Chloramphénicol
Si l'utilisation simultanée de plusieurs antibiotiques se justifie dans un contexte de PEC MAS hospitalière, un protocole plus simple est nécessaire par ailleurs dans le contexte de la PEC MAS ambulatoire. Le chloramphénicol est un antibiotique à spectre suffisamment étendu pour répondre à ce besoin. Il est donné comme traitement de seconde intention si l'amoxicilline ne guérit pas l'infection. Le schéma posologique dépend de l'infection présente (OMS 1999/a et OMS 1999/b). L'utilisation du chloramphénicol est associée à un très faible risque d'anémie aplasique, entraînant une insuffisance médullaire. Ce médicament étant utilisé au Royaume Uni et étant un traitement utile pour des affections dangereuses, son emploi est indiqué pour traiter des infections pouvant mettre en danger la vie d'enfants malnutris. Il est déconseillé de l'utiliser pour les nourrissons de moins de deux mois et conseillé de l'utiliser avec précaution pour les nourrissons moins de 6 mois.

Antibiotiques supplémentaires
Des antibiotiques autres que ceux mentionnés ci-dessus ne devront être donnés que si c'est indiqué spécifiquement par la présence d'une infection et en fonction du protocole du médicament et des protocoles nationaux des médicaments. Dans le cas où des infections graves demandent le transfert à la PEC MAS hospitalière, des antibiotiques de seconde intention peuvent être ajoutés selon les protocoles de la PEC MAS hospitalière de l'OMS (OMS 1999/a). On se servira des protocoles nationaux ou on utilisera l'information locale sur la résistance aux antibiotiques pour déterminer le type d'antibiotiques supplémentaires qu'il faut utiliser.

Vaccination contre la rougeole
Il est prouvé que la stratégie précoce des deux doses dès l'âge de 6 mois est très efficace. Dans la PEC MAS ambulatoire, tous les enfants (sauf ceux en état de choc ou dont on sait qu'ils sont déjà vaccinés) doivent recevoir immédiatement le vaccin et, à nouveau, au moment de la sortie de la PEC

MAS ambulatoire à la fin du traitement. La première vaccination dans le contexte la PEC MAS hospitalière est de limiter la gravité de la rougeole en phase d'incubation et l'épisode si l'enfant est exposé à la rougeole en milieu hospitalier. Par ailleurs, la première vaccination ne confère pas une immunité adéquate à de nombreux enfants nécessitant la PEC MAS hospitalière à cause de la réponse insuffisante des anticorps et une seconde injection devra donc être faite pour assurer la protection future.

Dans la PEC MAS ambulatoire, les enfants sont moins exposés à des cas actifs de rougeole et ne sont pas affectés aussi gravement par la sous-nutrition. On recommande donc de leur administrer une seule vaccination anti-rougeole uniquement après qu'ils aient suffisamment récupéré de leur sous-nutrition afin de vérifier une réponse suffisante des anticorps pour produire l'immunité (la quatrième semaine). Il faudrait coordonner ces vaccinations, si possible, avec le programme élargi de vaccinations (PEV). La PEC MAS ambulatoire est également l'occasion de référer les frères et les sœurs des enfants vers les soins de vaccination dans le but de réduire la mortalité des membres des familles qui ne sont pas vaccinés.

Traitement antipaludique

Il faut observer les protocoles nationaux guidant le traitement antipaludique. On recommande de faire un test (test sanguin ou test diagnostic rapide du paludisme) pour tous les enfants dans une région où le paludisme est endémique. Les associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine (ACT) ne sont pas données généralement que pour des cas positifs. Par ailleurs, on peut administrer l'ACT sans test positif si tout semble indiquer le paludisme et si les signes et symptômes ne peuvent pas être attribués à une autre cause. Dans d'autres régions, le test ne sera attribué qu'à ceux avec solide indication de paludisme. Ce protocole vise à éviter une utilisation excessive du traitement antipaludique qui risque de provoquer une résistance aux médicaments chez le parasite du paludisme.

Acide folique

L'acide folique dans l'ATPE est suffisant pour un enfant malnutri. Un supplément d'acide folique ne sera donné qu'aux enfants qui prennent les laits F75/F100 en PEC MAS hospitalière.

Note : L'acide folique n'est pas donnée si l'enfant suit un traitement d'antipaludique. En effet, si on donne de l'acide folique pendant les sept premiers jours de la prise de l'antipaludique, cela peut rendre le traitement inefficace car le parasite du paludisme peut utiliser l'acide folique pour déjouer et annuler l'effet de l'antipaludique Fansidar (Wang et al. 1999).

Fer

Des comprimés de fer en dose élevée ne doivent pas être donnés aux enfants avec MAS car cela peut augmenter les risques d'infections graves. En effet, la présence de fer libre dans le sang est souvent un substrat limitant pour les organismes infectieux. Dans un foie qui fonctionne correctement, la transferrine enzymatique peut « éponger » ce fer libre. Chez l'enfant avec MAS, la fonction détériorée du foie et les niveaux abaissés de la transferrine permettent au fer de rester libre et d'être utilisé par les organismes infectieux. Bien que l'ATPE contienne une certaine quantité de fer, les niveaux sont plus faibles que dans les comprimés à dose élevée et ce niveau ne suffit pas pour créer du fer libre de la même manière. Un supplément de fer est donné aux enfants dans la PEC MAS hospitalière qui prennent le lait F100 (après le deuxième jour de commencement du lait F100).

Il n'existe pas de recherche actuelle indiquant la disponibilité de fer dans l'ATPE. Cet aliment n'est donné qu'aux enfants ayant de l'appétit. Par ailleurs, un bon appétit est corrélé à une bonne fonction hépatique et par conséquent à l'activité de la transferrine.

Si une anémie modérée est identifiée selon les directives de PCIME, le traitement devrait être dispensé en fonction des directives de l'OMS (INACG 1998) après le 14e jour de la PCMA. Quand l'anémie est grave, l'enfant doit être référé aux PEC MAS hospitalière.

Mébendazole/Albendazole
Le mébendazole/albendazole est absorbé activement par l'intestin et, vu qu'il est plus efficace lorsque le tractus gastro-intestinal est exempt de toute autre infection, le médicament est donné lors de la seconde séance. Les indications étant que le mébendazole/albendazole est métabolisé efficacement par des enfants de plus de 12 mois (Montresor et al. 2003), le traitement de routine ne sera donné qu'à ces enfants. De toute façon, l'infection helminthique est moins courante chez les nourrissons car ils sont moins exposés aux contaminants (par exemple, dans le sol).

Paracétamol
Le paracétamol doit être utilisé avec précaution chez les enfants avec MAS car il est métabolisé par le foie et il existe une forte probabilité élevée de fonction hépatique réduite avec MAS. L'atteinte hépatique irréversible et le décès peuvent survenir même avec des doses relativement faibles chez des personnes susceptibles et par conséquence, le paracétamol ne devrait pas être donné à moins qu'il n'existe une fièvre de 39° C ou plus. Une température de moins de 39° C est une réponse immunitaire normale qui aide généralement le corps à lutter contre l'infection. Le paracétamol ne devrait pas être donné dans ces cas. Il ne faut pas non plus donner du paracétamol à emporter à la maison.

NOTE IMPORTANTE SUR LES SELS DE RÉHYDRATATION PAR VOIE ORALE

Les sels de réhydratation orale ne font généralement pas partie des protocoles de la PCMA, sauf en cas de cholera. La physiopathologie de la MAS interfère avec la capacité à réguler et éliminer normalement le sodium provoquant la présence d'œdèmes bilatéraux, rétention de liquides et insuffisance cardiaque. Cette dégradation peut se faire très rapidement. Et c'est la raison pour laquelle on ne recommande pas de donner de sels de réhydratation orale aux enfants souffrant de MAS.

Les enfants avec MAS et déshydratation sont traités dans la PEC MAS hospitalière avec une solution d'électrolytes et de minéraux appelée **ReSoMal** (**Re**hydration **So**lution for **Mal**nutrition, or solution de réhydratation pour la malnutrition). Les enfants avec MAS manquent de potassium et ont besoin d'une solution qui contient moins de sodium et plus de potassium. Ces enfants manquent généralement d'autres minéraux comme le magnésium, le cuivre et le zinc. ReSoMal, qui doit être pris par voie buccale est composé des éléments suivants :

Glucose 125 mmol/l
Sodium 45 mmol/l
Potassium 40 mmol/l
Chlorure 70 mmol/l
Magnésium 3 mmol/l
Zinc 0.3 mmol/l
Cuivre 0.045 mmol/l
Citrate 7 mmol/l

DOCUMENT 4.11
Récupération nutritionnelle et ATPE

Source: Adapté du *Community-based Therapeutic Care (CTC): A Field Manual*

Aliment thérapeutique prêt à l'emploi (ATPE)

- L'ATPE est un aliment hautement énergétique et riche en nutriments, utilisé pour la récupération nutritionnelle de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère (MAS), en combinaison avec un traitement médical systématique.

- Certaines caractéristiques de l'ATPE :
  - Composition analogue au lait F100 (sauf que l'ATPE contient du fer et qu'il est cinq fois plus dense en énergie-nutriments)
  - Pâte molle à base de lipides (comme Plumpy'nut®) ou barre de nutriments à écraser (comme BP100)
  - Idéal pour la PEC MAS ambulatoire car il ne faut pas le faire cuire ou le mélanger à l'eau et on évite ainsi la croissance des bactéries
  - Facile à distribuer et à emporter
  - Facile à stocker (dans un endroit propre et sec) et peut être gardé pendant un certain temps même s'il est ouvert
  - Disponible localement, soit par le biais d'importation ou de production locale

- L'ATPE[1] à base de lipides est le produit utilisé le plus couramment dans la PEC MAS ambulatoire. Il a une valeur calorique de 545 kilocalories (kcal) pour 100 g de produit. La ration donnée est de plus ou moins 200 kcals par kg du poids corporel par jour en moyenne.

  Exemples :
  - 1 sachet de Plumpy'nut® = 92 g = 500 kcal
  - 1 sachet d'ATPE produit localement = 100 g = 545 kcal
  - 1 pot produit localement = 250 g= 1 362 kcal

- L'ATPE à base de lipides est composé des éléments suivants :
  25% de beurre d'arachides
  26% de lait en poudre
  27% de sucre
  20% d'huile
  2% de mélange de vitamines et de minéraux

- L'ATPE non lipidique[2] comme BP100, peut être disponible surtout dans les situations d'urgence. BP100 est un aliment (basé sur la formule du lait F100) qui ressemble à un biscuit dur qu'on peut écraser. Il est très sec et les enfants de 2 ans ou plus doivent le prendre avec beaucoup d'eau. Pour les enfants de moins de 2 ans, on recommande d'écraser BP100 et de le mélanger avec de l'eau propre pour le manger sous forme de bouillie. Par ailleurs, cela soulève de sérieux problèmes de contamination car le mélange contient de l'eau et que les mères ou accompagnant(e)s des enfants ont tendance à manger les restes de la portion que l'enfant n'a pas terminée. Il vaut mieux ne pas donner aux enfants plus jeunes un ATPE qui n'est pas lipidique pour éviter ces problèmes.

- L'ATPE a un faible contenu en eau et il faut donc donner de l'eau salubre aux enfants lorsqu'ils mangent cet aliment.

---

[1] ATPE à base de lipides : comme Plumpy'nut® est fabriqué par Nutriset, France; des produits analogues d'ATPE sont fabriqués par d'autres sociétés dans plusieurs pays, Ethiopie, Niger, Malawi, RDC.
[2] ATPE non lipidique comme BP100 is fabriqué par Compact en Suède.

- Pendant les premières semaines de la récupération nutritionnelle, l'enfant ne devrait recevoir que le lait maternel et l'ATPE. Il ne faut pas lui donner d'autres aliments.

- L'ATPE doit être mangé après l'allaitement (et avant tous autres aliments).

- On n'a pas noté des réactions allergiques à l'ATPE chez des enfants avec MAS et privés de défenses immunitaires.

Procédures de récupération nutritionnelle

- L'agent de santé demande à la mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant qu'elle revienne avec l'enfant pour la séance de suivi la PEC MAS ambulatoire et demande combien de sachets l'enfant a mangé la semaine passée et combien il en reste à la maison qui n'ont pas été ouverts. Il soustrait ensuite le nombre de sachets non ouverts de la ration hebdomadaire. Ainsi on peut vérifier que l'enfant mange bien à la maison. Si l'enfant ne mange pas bien à la maison, l'agent de santé en discute avec la mère ou accompagnant(e)s et renforce l'importance de l'ATPE. Si c'est nécessaire, on organise une visite de suivi à domicile pour déterminer la cause de la consommation réduite en ATPE.

- Note : Si l'enfant n'a pas pris de poids la semaine passée (on peut s'attendre à environ 5g/kg/jour), il est fort probable que l'enfant n'a pas consommé la quantité nécessaire de l'ATPE.

- Des messages clés devront être donnés à la mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant sur l'utilisation de l'ATPE, y compris l'importance de l'offrir régulièrement en petites quantités. Ces messages sont importants. La mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant devra répéter les messages clés et ainsi l'agent de santé saura qu'ils ont été bien compris.

- L'agent de santé remplit la fiche de rations de l'ATPE et la remet à la mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant.

- On demande à la mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant de rapporter les sachets vides de l'ATPE. C'est fait pour éviter qu'ils ne traînent dehors et pour aider à décourager la vente de l'ATPE. Cette mesure ne vise pas à être un moyen de contrôler la quantité qui est mangée.

Divers aspects à envisager lors de la fourniture de l'ATPE et autres rations dans la PEC MAS ambulatoire

- Si un des jumeaux ou si une des jumelles est admis à la PEC MAS ambulatoire et l'autre non, on part du principe que l'aliment sera partagé. Le jumeau sans MAS devra donc recevoir une quantité égale de ration d'ATPE.

- Pour éviter le partage de l'ATPE, une ration alimentaire fortifiée peut être donnée à la mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant qui a été admis aux PEC MAS ambulatoire. C'est possible lors des interventions d'urgence en périodes de grande insécurité alimentaire lorsque des programmes de nutrition supplémentaires seront disponibles.

- On encourage la mère à continuer d'allaiter surtout si l'enfant a 2 ans ou moins.

- L'enfant devra terminer la ration quotidienne de l'ATPE avant de recevoir d'autres aliments (sauf pour le lait maternel).

- A la sortie de la PEC MAS ambulatoire, chaque enfant reçoit 7 sachets de l'ATPE pour aider l'enfant à faire la transition à la nourriture familiale. Les enfants sont référés à la PEC MAM pour continuer la récupération nutritionnelle.

Ration de l'ATPE

- Le nombre de sachets de l'ATPE que l'enfant mange chaque jour est déterminé par le poids de l'enfant.

- Le nombre de sachets de l'ATPE remis à la mère ou l'accompagnant(e) est déterminé par le poids de l'enfant et la fréquence des séances de PEC MAS ambulatoire dans la structure sanitaire.

Rations ATPE* dans la PEC MAS ambulatoire: Plumpy'Nut®
(sachets de 92 g contenant 500 kcal)

Poids de l'enfant (kg)**	Sachets par jour	Sachets par semaine
4,0 – 5,4	2	14
5,5 – 6,9	2,5	18
7,0 – 8,4	3	21
8,5 – 9,4	3,5	25
9,5 – 10,4	4	28
10,5 – 11,9	4,5	32
≥ 12	5	35

*En fonction de la ration moyenne de récupération nutritionnelle de 200 kcal/kg/jour
**Enfants de 6 mois ou plus et moins de 4 kg sont référés à la PEC MAS hospitalière

Rations ATPE* dans la PEC MAS ambulatoire: ATPE produit localement
(sachets de 100g contenant 545 kcal)

Poids de l'enfant (kg)**	Sachets par jour	Sachets par semaine
4,0 – 5,4	1,5	11
5,5 – 6,9	2	15
7,0 – 8,4	2,5	18
8,5 – 9,4	3	22
9,5 – 10,4	3,5	25
10,5 – 11,9	4	28
≥ 12	4,5	32

*En fonction de la ration moyenne de récupération nutritionnelle de 200 kcal/kg/jour
**Enfants de 6 mois ou plus et moins de 4 kg sont référés à la PEC MAS hospitalière

Rations ATPE* dans la PEC MAS ambulatoire : ATPE produit localement
(pots de 250g contenant 545 kcal/100g)

Poids de l'enfant (kg)**	Pots par jour	Pots par semaine
4,0 – 4,9	0,66	5
5,0 – 5,9	0,75	5
6,0 – 7,9	1	7
8,0 – 9,4	1,25	9
9,5 – 10,9	1,5	11
11,0 – 11,9	1,75	12
≥ 12	2	14

*En fonction de la ration moyenne de récupération nutritionnelle de 200 kcal/kg/jour
**Enfants de 6 mois ou plus et moins de 4 kg sont référés à la PEC MAS hospitalière

DOCUMENT 4.12
Messages clés des conseils individuels (Counselling)[3]

Source: Adapté du *Community-based Therapeutic Care (CTC): A Field Manual*

Les messages clés devraient expliquer à la mère ou accompagnant(e) de l'enfant :

- Comment donner l'aliment thérapeutique prêt à l'emploi (ATPE) à l'enfant
- Quand et comment donner les médicaments à l'enfant
- Quand revenir aux PEC MAS ambulatoire
- Importance de revenir immédiatement à la structure sanitaire si l'état de l'enfant se dégrade

L'agent de santé devrait demander à la mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant de répéter les messages pour s'assurer qu'ils sont bien compris. Les messages clés sont les suivants :

- L'ATPE est un aliment et un médicament uniquement pour l'enfant malnutri (enflé ou très maigre). Il ne devrait pas être partagé.

- Souvent, l'enfant malnutri refuse de manger. Il faut lui donner des petits repas réguliers de l'ATPE et l'encourager à manger souvent (si c'est possible, huit repas par jour). Votre enfant devrait avoir _____sachets par jour.

- L'ATPE est le seul aliment que nécessite l'enfant malnutri pendant le temps qu'il se trouve dans la PEC MAS ambulatoire. Il faut pourtant continuer à l'allaiter s'il a l'âge d'être allaité.

- Pour le jeune enfant, continuer à allaiter régulièrement.

- Donner toujours beaucoup d'eau potable ou du lait maternel pendant qu'il mange l'ATPE.

- Laver le visage et les mains de l'enfant avec du savon avant qu'il ne mange, si c'est possible.

- Garder la nourriture bien propre et recouverte.

- L'enfant malade a vite froid. Toujours garder l'enfant couvert et au chaud.

- Si l'enfant a la diarrhée, il ne faut pas arrêter de l'alimenter. Continuer à donner l'ATPE et (si applicable) du lait maternel.

Ces messages clés peuvent être complétés par des messages plus détaillés et d'autres messages si le temps le permet.

REMARQUE : Dans certaines circonstances, on donne à la mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant une ration supplémentaire pour les autres enfants de la famille pour éviter le partage de l'ATPE. Le prestataire de soins doit expliquer clairement que l'aliment supplémentaire est pour les autres enfants de la famille et que l'enfant avec MAS ne devrait recevoir que l'ATPE (précédé par le lait maternel si applicable).

Dès que l'état de santé de l'enfant s'améliore et qu'il reprend de l'appétit, la mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant peut commencer à donner à l'enfant d'autres aliments (aliment supplémentaire, aliment local) en plus – mais après- le lait maternel et l'ATPE.

Education sanitaire et nutritionnelle

Les séances de conseils, individuels et en groupe, portant sur l'éducation sanitaire et nutritionnelle sont indispensables. Dans certains contextes, les messages existants peuvent être adaptés (Actions essentielles en nutrition [AEN][4]). On cherchera dans la mesure du possible àutiliser les messages de la PEC MAS ou des messages analogues diffusés dans d'autres programmes.

Les messages doivent être renforcés par la pratique. Ils se concentrent sur les aspects suivants :

- Hygiène de base
- La promotion des pratiques optimales en ce qui concerne l' l'allaitement maternel pour des nourrissons et jeunes enfants
- L'importance d'une alimentation fréquente et active
- Le type d'aliments locaux qu'il faut donner aux jeunes enfants, tout en insistant sur le fait que l'enfant admis à la PEC MAS ambulatoire DOIT terminer de manger tout l'ATPE AVANT que d'autres aliments (sauf le lait maternel) ne lui soient donnés
- Dépistage de la sous-nutrition (reconnaître quand il faut emmener les enfants à la PEC MAS ambulatoire)
- Prise en charge de la diarrhée et de la fièvre
- Reconnaissance des signes de danger

On encourage vivement tous les agents d'extension (agents de santé communautaire [ASC], bénévoles) à faire passer les messages d'éducation sanitaire et nutritionnelle dans les communautés.

[3] Cette approche adoptée dans plusieurs pays africains identifie les actions nutritionnelles essentielles pouvant être recommandées lors des divers contacts avec le système de santé tout au long du cycle de vie. Ces messages reposent sur la recherche et ils sont appropriés dans le contexte culturel donné. Les sept actions sont les suivantes: 1) promotion des pratiques optimales de l'allaitement maternel pendant les six premiers mois ; 2) promotion de l'alimentation complémentaire optimale dès l'âge de six mois avec allaitement maternel continu jusqu'à 2 ans et au-delà ; 3) encourager l'enfant à manger pendant et après la maladie ; 4) prévention de l'avitaminose A (par le biais de l'allaitement maternel, la consommation d'aliments fortifiés et riches en vitamine A, suppléments de vitamine A pour la mère et l'enfant); 5) prévention de l'anémie (suppléments de fer pour la mère et l'enfant, traitement vermifuge, lutte antipaludique, consommation d'aliments fortifiés et riches en fer); 6) encourager les familles à consommer du sel iodé ; et 7) meilleure nutrition de la femme (apports accrus en fer pendant la grossesse et l'allaitement, supplémentation en fer et/ou acide folique, traitement et prévention du paludisme, traitement vermifuge pendant la grossesse, suppléments de vitamine A pendant la grossesse). Consulter http://www.linkagesproject.org pour de plus amples informations.

DOCUMENT 4.13
Protocole d'action de la PEC MAS ambulatoire

Adapté du Valid International. 2006. *Community-based Therapeutic Care (CTC): A Field Manual*. Oxford, UK: Valid International.

Signes	Référé aux PEC MAS hospitalière	Visite de suivi à domicile
OEDÈMES BILATÉRAUX	Degré +++	Œdèmes bilatéraux qui ne se réduisent pas après la 3e semaine
	Kwashiorkor avec marasme	
	Augmentation ou apparition des œdèmes bilatéraux	
APPÉTIT / ANOREXIE	Manque d'appétit ou incapable de manger	Mangeant < 80% de l'ATPE par semaine à la troisième séance
VOMISSEMENTS	Persistants	Aggravation en général
TEMPÉRATURE	Fièvre : > 39°C	
	Hypothermie : < 35° C	
FRÉQUENCE RESPIRATOIRE	≥ 60 respirations/minute pour les moins de 2 mois	
	≥ 50 respirations/minute pour les 2 à 12 mois	
	≥ 40 respirations/minute pour les 1 à 5 ans	
	≥ 30 respirations/minute pour les plus de 5 ans	
	Tirage sous-costal	
ANÉMIE	Très pâle (pâleur très prononcée des paumes) Difficultés respiratoires	
INFECTION SUPERFICIELLE	Infection très étendue demandant un traitement intermusculaire	
ÉTAT D'ALERTE	Très faible, apathique, sans connaissance	
	Convulsions	
ÉTAT D'HYDRATATION	Grave déshydratation surtout à cause d'épisodes récents de diarrhée, vomissement, fièvre ou sueurs et apparition récente de signes cliniques de déshydratation, notés par la mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant.	
CHANGEMENT DE POIDS	Perte de poids à 3 pesées consécutives	En dessous du poids d'admission à la 3e semaine
	Poids statique à 5 pesées consécutives	Perte de poids pendant 2 semaines consécutives
GENERAL	Mère ou accompagnant(e) de l'enfant demande la PEC MAS hospitalière	Revient de la PEC MAS hospitalière (2 premières semaines)
		A refusé d'être référé à la PEC MAS hospitalière
NE RÉCUPÈRE PAS	Enfant qui ne récupère pas est référé à l'hôpital pour un bilan médical complet.	

DOCUMENT 4.14
Référence vers la PEC MAS hospitalière ou les visites de suivi à domicile

A. RÉFÉRENCE VERS LA PEC MAS HOSPITALIÈRE

Système de référence

- Une étroite collaboration entre la PEC MAS hospitalière et la PEC MAS ambulatoire est essentielle. Les agents de santé dans les structures sanitaires avec PCMA devraient être encouragés à connaitre toutes les composantes de la PCMA et les visiter dans les autres sites.

- La mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant reçoit des explications et des instructions sur ce qui va se passer à la PEC MAS hospitalière. Si c'est possible, des dispositions seront prises pour le transport de la mère ou l'accompagnant(e) et l'enfant pour se rendre au site PEC MAS hospitalière.

- Il se peut que la mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant refuse de se rendre dans les structures sanitaires hospitalières. Les raisons peuvent être diverses : crainte qu'il faille payer à l'hôpital, manque de moyens de transport, ne veut pas se séparer de la famille et des autres enfants ou parce qu'elle croit que l'enfant va mourir en route pour l'hôpital ou pendant qu'il se trouve à l'hôpital. Et elle préfère donc rester à la maison. Chaque fois que possible, il faudra expliquer avec égard et gentillesse à la mère ou l'accompagnant(e) les raisons pour lesquelles l'enfant doit être hospitalisé. La mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant a parfois besoin d'un peu de temps pour expliquer à la famille qu'elle doit aller à l'hôpital avec son enfant et prendre ses affaires. Si après une explication approfondie, elle continue de refuser d'aller à l'hôpital, l'enfant peut rester dans la PEC MAS ambulatoire et recevoir des visites de suivi à domicile selon le protocole d'action de la PEC MAS ambulatoire (référence refusée à la PEC MAS hospitalière),

- Les enfants avec MAS qui sont référés à la PEC MAS hospitalière sont après la stabilisation renvoyés au site PEC MAS ambulatoire le plus proche de leur domicile.

Fiche de référence

- Si l'enfant est référé du site PEC MAS ambulatoire au site PEC MAS hospitalière, la mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant reçoit une fiche de référence avec le numéro d'inscription de l'enfant, les antécédents médicaux et l'information sur le traitement que suit l'enfant. Le but de la fiche de référence est de suivre le mouvement des enfants entre la PEC MAS ambulatoire et la PEC MAS hospitalière. La fiche de référence comprend également une information sur les médicaments qui ont été donnés et les raisons pour lesquelles ils ont été donnés afin d'éviter que les enfants ne reçoivent des médicaments qu'ils ont déjà pris.

- L'utilisation d'un numéro d'inscription unique de l'enfant sur la fiche de référence facilite le bon déroulement de la référence d'un site à un autre.

- Il est important de disposer de systèmes efficaces de notification et de compte rendu pour que les enfants ne soient pas perdus et que les notifications soient faites des abandons et des décès.

Référence aux soins tertiaires

- Parfois, un enfant est envoyé de la PEC MAS ambulatoire vers une structure sanitaire de référence, à un niveau de soins plus élevé, pour des examens médicaux approfondis. Si l'enfant a de l'appétit, il pourra être envoyé à l'hôpital avec un approvisionnement de l'ATPE ou des dispositions seront prises pour s'assurer que l'hôpital dispose de l'ATPE ou des laits

thérapeutiques pour les enfants référés. Sinon, le lait F75 devrait être disponible dans le cas où l'hôpital n'a pas de site PEC MAS hospitalière.

B. VISITES DE SUIVI À DOMICILE

- L'agent de santé en collaboration avec l'agent d'extension (agent de santé communautaire [ASC], bénévole) devra prendre les dispositions nécessaires pour que les enfants à risque, en fonction du protocole d'action de la PEC MAS ambulatoire, soient suivis à domicile dans le cadre d'une visite de soins d'extension.

- La visite de suivi à domicile est utilisée pour évaluer ce qui freine la récupération de l'enfant et pour aider la famille à soutenir la récupération de l'enfant par le biais de conseils, d'éducation et de suivi étroit des progrès de l'enfant.

- Généralement, les visites de suivi à domicile peuvent être faites par un agent de santé ou un agent d'extension.

- Des canaux de communication doivent être mis en place entre l'agent de santé et l'agent d'extension pour vérifier que les enfants reçoivent le suivi nécessaire. Dans l'idéal, les agents d'extension seront présents le jour des séances PEC MAS ambulatoire et, ainsi, ils connaîtront les enfants qui doivent être suivis. Par ailleurs, si on dispose d'un système de communication, on pourra s'assurer que ceux qui n'ont pas assisté à la journée PEC MAS ambulatoire savent pourtant quels sont les enfants qui ont besoin d'un suivi et quels sont les agents d'extension qui sont responsables de faire la visite de suivi à domicile.

DOCUMENT 4.15
Fiche de référence

Adapté du Valid International. 2006. *Community-based Therapeutic Care (CTC): A Field Manual*. Oxford, UK: Valid International.

Référé de :

Référé à:

Date: **Heure:**

Nom:

Age: **Poids:** **PB:** **Température:**

Raison de la référence:

Autres classifications:

Traitement donné avant la référence:

Vaccinations: **Posologie de Vitamine A:**

Non de l'agent de Santé: **Signature:**

Lieu:

DOCUMENT 4.16
PEC MAS ambulatoire : Critères de sortie

QUELS SONT LES ENFANTS QUI ONT TERMINÉ LE TRAITEMENT DANS LA PEC MAS AMBULATOIRE?

- Un enfant peut quitter la PEC MAS ambulatoire lorsqu'il s'est remis des œdèmes bilatéraux ou de l'insuffisance pondérale et qu'il ne souffre donc plus de malnutrition aiguë sévère (MAS).

- La décision de terminer le traitement dépend du rétablissement de l'enfant par rapport à son état de MAS initial : l'enfant est guéri si au cours de deux séances de suivi consécutives il a un gain de poids de 15% du poids à l'admission ou du poids sans œdèmes, il n'a pas d'œdèmes bilatéraux et il est cliniquement bien portant et alerte.

Règles à suivre pour prendre la décision de terminer le traitement en fonction des critères utilisés pour l'admission de l'enfant :

- Les enfant qui ont été admis pour œdèmes bilatéraux ne doivent plus avoir d'œdèmes bilatéraux au cours de deux séances de suivi consécutives. L'enfant quittera la PEC MAS après un contrôle vérifiant qu'il n'a pas d'émaciation non plus et qu'il est cliniquement bien portant et alerte.

- Les enfants qui ont été admis sur base d'une émaciation grave définie par un faible PB ou rapport poids-taille doivent avoir un gain de poids de 15% du poids à l'admission ou du poids sans œdèmes. L'enfant quittera la PEC MAS après un contrôle vérifiant qu'il n'a plus d'œdèmes bilatéraux et qu'il est cliniquement bien portant et alerte.

- L'augmentation en pourcentage dans la prise de poids est mesurée à partir du poids le plus faible lorsque l'enfant était en traitement ou lorsque l'enfant n'a pas d'œdèmes bilatéraux.

- Dans les situations où il n'y a pas de service de PEC MAM, le critère de sortie basé sur le pourcentage 15% de gain de poids pourrait être augmenté.

- Les enfants qui ont été admis souffrant de kwashiorkor avec marasme (œdèmes bilatéraux et émaciation grave) ne doivent plus avoir d'œdèmes bilatéraux ni d'émaciation grave et doivent avoir un gain de poids régulier au cours de deux séances consécutives de suivi. De plus ils doivent être cliniquement bien portants et alertes.

DOCUMENT 4.17
Critères de fin de traitement et catégories de sortie pour la PCMA

CRITÈRES DE FIN DE TRAITEMENT POUR LA PCMA

* Adaptations possibles en fonction du protocole national.
** S'il n'existe pas de PEC MAM, les critères de sortie peuvent être ajustés.

PEC MAS hospitalière	PEC MAS ambulatoire	PEC MAM
Critères de fin de traitement (ou de contre référence) pour les enfants de 6-59 mois		
Quitte la PEC MAS hospitalière (contre référence) pour continuer le traitement and PEC MAS ambulatoire: ☐Si l'enfant était admis sur base de kwashiorkor grave: Oedèmes bilatéraux ont diminué **et** Enfant est cliniquement bien portant et alerte ☐Si l'enfant était admis sur base de marasme avec complications médicales : Appétit est de retour (l'enfant a passé le test d'appétit avec succès) **et** Complications médicales se résolvent **et** Enfant est cliniquement bien portant et alerte ☐Si l'enfant était admis sur base de kwashiorkor marasmique : Oedèmes bilatéraux ont disparus ***Guéri (fin de traitement) :*** Mêmes critères que fin de traitement pour la PEC MAS ambulatoire - idem	**Guéri (fin de traitement) :** ☐Si l'enfant était admis sur base d'œdèmes bilatéraux: Sans œdèmes bilatéraux pendant 2 séances consécutives **et** Emaciation grave exclue : PB ≥ 115 mm ou/et rapport P/T ≥ -2 z-score **et** Enfant est cliniquement bien portant et alerte ☐Si l'enfant était admis sur base d'émaciation grave (PB ou rapport P/T) : Gain de poids de minimum 15% pour deux séances consécutives (15% du poids à l'admission ou poids sans œdèmes) **et** Oedèmes bilatéraux exclus **et** Enfant est cliniquement t bien portant et alerte *En sortant, les enfants sont orientés vers la PEC MAM si existante*	**Guéri (fin de traitement) :** ☐Si l'enfant était admis sur base du PB: Minimum de 2 mois en traitement **Et** PB ≥ 125 mm ☐Si l'enfant était admis sur base du rapport P/T: Minimum de 2 mois en traitement **et** Rapport P/T ≥ -2 z-score ☐Si l'enfant était admis après avoir récupéré de la MAS: Minimum de 2 mois en traitement **et** PB ≥ 125 mm
Critères de fin de traitement pour les nourrissons < 6 mois		
Guéri (fin de traitement) : Si le nourrisson tète suffisamment de lait et a pris suffisamment de poids (minimum 20 grammes de prise de poids par jour rien que pour l'allaitement maternel pendant 5 jours) et est cliniquement bien portant et alerte. (Remarque : si l'enfant n'est pas allaité, une autre méthode d'alimentation de remplacement est nécessaire en fonction du protocole nationale).		
Critères de fin de traitement pour les femmes enceintes et allaitantes		
		<u>Femmes enceintes</u> PB ≥ 210 mm ou bébé né **<u>Femmes allaitantes</u>** PB ≥ 210 mm ou nourrisson ≥ 6 mois

CATÉGORIES DE SORTIE POUR LA PCMA

PEC MAS hospitalière	PEC MAS ambulatoire	PEC MAM
CATÉGORIES DE SORTIE, Pour les enfants de 6-59 mois		
Guéris		
Enfant répond aux critères de fin de traitement en PEC MAS ambulatoire	Enfant répond aux critères de fin de traitement	Enfant répond aux critères de fin de traitement
Décédés		
Enfant meurt	Enfant meurt	Enfant meurt
Abandons		
Enfant est absent depuis deux jours	Enfant est absent pour la 3eme séance consécutive	Enfant est absent pour la 3eme séance consécutive
Non- récupérés		
Enfant ne répond pas aux critères de sortie après 2 mois de traitement (examen médical fait auparavant)	Enfant ne répond pas aux critères de sortie après 4 mois de traitement (examen médical fait auparavant)	Enfant ne répond pas aux critères de sortie après 8 mois de traitement (examen médical fait auparavant)
Autres : Référés		
Référé vers la PEC MAS ambulatoire (Contre référence): L'état de santé de l'enfant s'améliore et il est référé vers la PEC MAS ambulatoire pour continuer le traitement.	***Référé vers la PEC MAS hospitalière (Référence) :*** L'état de santé de l'enfant s'aggrave (selon le protocole d'action) et il est référé vers la PEC MAS hospitalière pour un traitement plus intensif.	

DOCUMENT 4.18
Aspects essentiels de la PEC MAS ambulatoire des enfants de 6-59 mois avec MAS sans complications médicales

Aspects essentiels

- Les enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère (MAS) qui ont de l'appétit et qui n'ont pas de complications médicales sont traités dans la PEC MAS ambulatoire d'une structure sanitaire qui offre la prise en charge ambulatoire de la malnutrition aiguë sévère (PEC MAS ambulatoire) des enfant 6-59 mois avec MAS sans complications médicales. Ces enfants n'ont pas besoin d'être admis à PEC MAS hospitalière. La majorité des enfants avec MAS (> 80%) peuvent être traités dans le cadre de la PEC MAS ambulatoire.

- Après que l'enfant a été admis à la PEC MAS ambulatoire, la mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant l'emmène chaque semaine ou tous les quinze jours au site PEC MAS ambulatoire. Lors de chaque séance de suivi de la PEC MAS ambulatoire, l'agent de santé évalue l'état médical et nutritionnel de l'enfant, lui administre un traitement médical supplémentaire si nécessaire et donne à la mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant la quantité de l'aliment thérapeutique prêt à l'emploi (ATPE) dont il a besoin jusqu'à la prochaine séance de suivi. La quantité de l'ATPE donnée est déterminée par le poids de l'enfant et la fréquence des séances.

- La PEC MAS ambulatoire est dispensée dans autant de sites que possible dans une région ou un district donné. On peut s'assurer ainsi qu'un maximum d'enfants malnutris reçoivent le traitement dont ils ont besoin.

- Les sites PEC MAS ambulatoire sont intégrés dans les structures sanitaires et gérés par des agents de santé, par exemple médecin ou infirmier (suivant la politique du Ministère de la Santé [MS])

- La PEC MAS ambulatoire devrait être intégrée aux soins de santé de routine pour les enfants de moins de 5 ans. Suivant le nombre d'enfants, la PEC MAS ambulatoire peut être dispensée une fois par semaine un jour donné ou chaque jour dans le cadre des soins de santé de routine (dans l'idéal) : les enfants reviennent une fois par semaine ou tous les quinze jours.

- Les enfants peuvent être référés vers la PCMA par des agents d'extension (agents de santé communautaire [ASC], bénévoles communautaires). Ils peuvent également être auto-référés, ce qui veut dire qu'on les emmène à la structure sanitaire avec site PEC MAS ambulatoire sans référence communautaire. Dans les admissions à la PEC MAS ambulatoire, on compte également les enfants sortis de la PEC MAS hospitalière et ceux dont l'état s'est aggravé dans la PEC MAM.

- La plupart des enfants accèderont pour la première fois à la PCMA dans un site PEC MAS ambulatoire et seront examinés et référés, le cas échéant, vers la PEC MAS hospitalière ou la PEC MAM. Aussi, les sites de PEC MAS ambulatoire représentent-ils un point d'accès à la majorité des cas de MAS.

- Les enfants sont admis à la PCMA à n'importe quel moment s'ils se présentent. Ils doivent être traités dès qu'ils se présentent et, selon le cas ou le contexte, on indique à la mère ou l'accompagnant(e) le jour quand elle doit revenir avec l'enfant pour la visite de suivi de la PEC MAS ambulatoire.

- Les soins d'extension communautaire sont une partie essentielle de la PCMA. Cela permet à la communauté de prendre connaissance de la malnutrition aiguë et de comprendre la PCMA. On fait appel aux agents de santé d'extension [ASC, bénévoles] pour dépister les enfants soufrant de malnutrition aiguë dans la communauté et pour les référer vers la PCMA, pour sensibiliser et étendre la couverture.

DOCUMENT 4.19
Grille de vérification de la PEC MAS ambulatoire (pratique sur le terrain)

ANTHROPOMÉTRIE
Evaluer si des œdèmes bilatéraux sont présents
Mesurer le périmètre brachial (PB), le poids, la taille
Classer l'état nutritionnel
Noter les indicateurs nutritionnels sur la fiche individuelle de suivi PEC MAS ambulatoire et sur la fiche de rations de l'aliment thérapeutique prêt à l'emploi (ATPE)
NOUVELLES ADMISSIONS
Obtenir les détails d'inscription de la mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant et noter les mesures anthropométriques
Prendre les antécédents médicaux
Faire un examen physique
Administrer le test d'appétit
Décider si l'enfant est éligible pour la PEC MAS ambulatoire ou s'il doit être référé à la PEC MAS hospitalière
Calculer les doses et donner les médicaments de routine aux enfants
Expliquer le traitement médical à la mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant
Calculer la quantité de l'ATPE pour l'enfant, noter et donner la ration
Remplir la fiche de rations de l'ATPE
Discuter des messages clés avec la mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant
Demander à la mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant de répéter les instructions sur la manière de donner les médicaments et l'ATPE
Donner un soutien psychosocial à la mère et l'enfant
Mettre en contact avec l'agent d'extension
SÉANCES DE SUIVI DE LA PEC MAS AMBULATOIRE
Prendre les antécédents médicaux
Faire l'examen physique
Administrer le test d'appétit
Revoir les informations sur la fiche individuelle de suivi la PEC MAS ambulatoire et interpréter les progrès (l'état de l'enfant s'améliore-t-il ? Ou non ? Et pourquoi ?)
Continuer le traitement médical
Utiliser le protocole d'action pour évaluer la nécessité de faire une visite de suivi à domicile et le cas échéant organiser la visite
Utiliser le protocole d'action pour évaluer la nécessité de référer et le cas échéant organiser la référence
Discuter des progrès que fait l'enfant avec la mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant
Calculer la quantité de l'ATPE pour l'enfant et donner la ration
Remplir la fiche de rations de l'ATPE
Donner des conseils (Counselling) et une éducation sanitaire et nutritionnelle
Donner un soutien psychosocial à la mère et l'enfant
Informer la mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant de l'existence d'autres soins, programmes et initiatives (PEV, PCAC, conseil et dépistage volontaires [cdv], santé reproductive)
SORTIE
Identifier les enfants qui sont prêts pour arrêter le traitement
Compléter la fiche individuelle de suivi au moment de la sortie
Donner les informations appropriées à la mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant au moment de la sortie (par exemple, quand ramener l'enfant, signes de danger)
Donner la ration finale de l'ATPE au moment de la sortie
Informer la mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant de l'existence d'autres soins, programmes et initiatives

connexes (programme d'alimentation supplémentaire [PAS])
ACCEPTER L'ENFANT RÉFÉRÉ VENANT DE LA PEC MAS HOSPITALIÈRE
Revoir la fiche de référence venant de la PEC MAS hospitalière et noter les informations pertinentes sur la fiche individuelle de suivi de la PEC MAS ambulatoire (y compris les médicaments)
Revoir les informations et les médicaments donnés à l'hôpital, confirmer avec la mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant les médicaments reçus jusqu'à présent et ajuster les médicaments qui seront donnés dans la PEC MAS ambulatoire au moment de l'admission.
Suivre les protocoles d'admission (prendre les mesures d'anthropométrie, prendre les antécédents médicaux, faire l'examen physique, administrer le test d'appétit, calculer la ration de l'ATPE, discuter des messages clés, remplir la fiche de rations de l'ATPE, mettre en contact avec l'agent d'extension)
DISCUSSION SUR LE SITE AVEC LES MÈRES OU ACCOMPAGNANT(E)S DES ENFANTS
D'où venez-vous ?
Combien de temps vous a-t-il fallu pour venir ?
Où avez-vous entendu parler de ces soins ? Qui vous a mis au courant ?
Pourquoi avez-vous amené l'enfant ?

EXERCICE 4.1
Admission à la PEC MAS ambulatoire

	Age (mois)	Appétit	Œdèmes bilatéraux	PB in mm	Rapport P/T z-score	Admission à la PEC MAS ambulatoire ?
Enfant 1	7	Oui	Non	102	-3 ≤ x <-2	
Enfant 2	24	Oui	Non	112	x <-3	
Enfant 3	20	Oui	Non	98	x <-3	
Enfant 4	16	Oui	++	117	-3 ≤ x <-2	
Enfant 5	36	Oui	+	115	-3 ≤ x <-2	
Enfant 6	12	Non	Non	95	x <-3	
Enfant 7	50	Oui	Non	102	x <-3	
Enfant 8	45	Oui	Non	111	x <-3	
Enfant 9	7	Oui	Non	107	-3 ≤ x <-2	
Enfant 10	5	Non	Non	104	x <-3	

Remarque: Dans les pays où la présence d'œdèmes bilatéraux et le périmètre (PB) sont utilisés pour l'admission, ajuster le tableau pour enlever l'information sur l'indice poids-taille (rapport P/T) en tant que z-score

EXERCICE 4.2
Fiche individuelle de suivi de la PEC MAS ambulatoire et fiche de rations de l'ATPE

Voici toute les informations nécessaires pour remplir le recto et le verso de la fiche individuelle de suivi de la PEC MAS ambulatoire et la fiche de rations de l'aliment thérapeutique prêt à l'emploi [ATPE].

UN ENFANT DEMANDANT L'ADMISSION À LA PEC MAS AMBULATOIRE

Détails de la première section de la fiche d'admission

- Le prochain numéro d'inscription disponible est 015. Le code du site PEC MAS ambulatoire est GRG.
- Le nom de l'enfant est Mohammed Ahmed.
- Il vit dans le district de Lusaka ; sa communauté est Bombali.
- Mohammed a 17 mois.
- Il vient directement de sa communauté après avoir été référé à la PCMA par un agent communautaire .
- Il vit dans une maison avec sa mère, son père, son grand-père et cinq frères et sœurs.
- Sa mère a mis 20 minutes pour marcher avec lui de la maison où ils habitent jusqu'au site PEC MAS ambulatoire.
- Il n'y a pas de distribution de nourriture à l'endroit où il habite.

Anthropométrie à l'admission

- Il pèse 6,8 kg.
- Il mesure 76 cm.
- Son périmètre brachial est de 104 mm.
- Il n'a pas d'œdèmes bilatéraux.

Quels sont les critères d'admission ?

Antécédents médicaux

- Sa mère indique qu'il a la diarrhée depuis une semaine et quatre à cinq selles liquides par jour.
- Pas de vomissement.
- Miction normale
- Parfois, il tousse.
- Il a bon appétit en général.
- Il n'est plus allaité au sein.
- Elle ne signale aucun autre problème mais dit que l'enfant a maigri ces derniers temps.

Examen physique

- Il a 38 respirations par minute, et pas de tirage intercostal
- Sa température est de 36,9° C.
- Sa conjonctive est rose.
- Ses yeux sont humides mais sans écoulement.
- Sa peau est plissée mais il n'a pas de signes apparents de déshydratation.
- Il a un écoulement de l'oreille gauche.
- Sa bouche est nette sans ganglions lymphatiques élargis.
- Il n'a pas d'incapacité apparente.
- Sa peau semble saine.
- Ses pieds et ses mains sont chauds.

Médicaments de routine au moment de l'admission

Sa mère a son carnet de vaccinations (PEV) avec elle et il a reçu toutes ses vaccinations ainsi que de la vitamine A il y a trois semaines.

Test d'appétit pour l'ATPE

Quand Mohammed est examiné, il a déjà mangé la moitié d'un sachet de l'ATPE.

EXERCICE 4.3
Identifier les enfants qui doivent être référés vers la PEC MAS hospitalière ou recevoir des visites de suivi à domicile

Enfant A
L'enfant A est âgé de deux ans, avec un périmètre brachial (PB) de 109 mm et il a été référé par l'agent de santé communautaire (ASC) vers la PCMA. A l'admission, l'enfant refuse de manger l'aliment thérapeutique prêt à l'emploi (ATPE) pendant le test d'appétit. Vous demandez à la mère ou l'accompagnant(e) de se mettre dans un endroit tranquille avec l'enfant et d'essayer à nouveau de le faire manger. Après une demi-heure, l'enfant continue à refuser l'ATPE. Pendant l'évaluation médicale, vous apprenez que l'enfant vomit depuis deux jours. Quelle est l'action qu'il faut entreprendre ?

Enfant B
L'enfant B arrive au site PEC MAS ambulatoire avec des œdèmes bilatéraux + et un PB de 112 mm. L'enfant a bon appétit et n'a pas d'autres signes de complications médicales. Quelle est l'action qu'il faut entreprendre ?

Enfant C
L'enfant C est admis à la PEC MAS ambulatoire avec un PB de 109 mm et un poids de 10 kg. A la quatrième semaine, l'enfant a perdu du poids, il n'avait pas pris de poids pendant 3 semaines et à présent il pèse 9,5 kg. Quelle est l'action qu'il faut entreprendre ?

Enfant D
L'enfant D est présenté au site PEC MAS ambulatoire avec des œdèmes bilatéraux ++ et un PB de 108 mm. Quelle est l'action qu'il faut entreprendre ?

Enfant E
L'enfant E a quatre mois. La grand-mère amène l'enfant visiblement très émacié et très déshydraté au centre de santé. Vous apprenez que sa mère est morte peu après sa naissance et que l'enfant a reçu du lait de vache et des tisanes. Quelle est l'action qu'il faut entreprendre ?

Enfant F
L'enfant F est présenté au site PEC MAS ambulatoire avec des œdèmes bilatéraux +++. Vous voulez envoyer l'enfant à l'hôpital. Mais malgré tous vos efforts pour persuader la mère, sa famille refuse que l'enfant soit hospitalisé. Quelle est l'action qu'il faut entreprendre ?

Enfant G
L'enfant G a plus de 6 mois et a été admis avec un PB de 109 mm et un poids de 5 kg. L'enfant a pris un peu de poids la première semaine mais par la suite n'a pas pris de poids ces deux dernières semaines. Son évaluation médicale ne montre aucun signe de maladie ou de complications médicales. Quelle est l'action qu'il faut entreprendre ?

EXERCICE 4.4
Fiche individuelle de suivi de la PEC MAS ambulatoire partiellement remplies (exemples)

Adapté du Valid International. 2006. *Community-based Therapeutic Care (CTC): A Field Manual*. Oxford, UK: Valid International.

Nom	Jenna Banda			**Numéro d'inscription**	LGR / 104 /
Age (mois)	24 m	**Sexe**	M (F)	**Date d'admission**	6/12/2007
Communauté, District	Lusaka, Bombali			**Temps pour se rendre au site**	25 minutes
Détails familiaux			**Père vivant** Oui Non	**Mère vivante**	Oui Non
Nom de la mère ou de l'accompagnant(e)			**Nombre total dans le ménage** 8	**Jumeau/elle**	Oui Non
Admission (entourez)	(Auto référence)	**Référence d'extension communautaire**	**Référence PEC MAS hospitalière**	**Réadmission (rechute)**	Oui Non

ANTHROPOMÉTRIE AU MOMENT DE L'ADMISSION

PB (mm)	**109**	**Poids (kg)**	**8.1**	**Taille (cm)**	**84**	**P/T z-score**	**70%**
Critères d'admission	Œdèmes bilatéraux	(PB < 115 mm)	P/T < - 3 z-score	Autre, a spécifier		**Poids cible (kg) basé sur 15% de gain de poids (sans œdème)**	

ANTÉCÉDENTS

Diarrhée	Oui	(Non)		**# Selles/Jour**	1-3	4-5 >5
Vomissements	Oui	(Non)		**Urine**	Oui	(Non)
Toux	Oui	(Non)		**Si œdèmes bilatéraux, depuis combien de temps?**		
Appétit	(Bon)	Peu	Pas	**Allaitement maternel**	Oui	(Non)
Information supplémentaire						

EXAMEN PHYSIQUE

Test d'appétit	Réussi	Echoué						
Fréquence respiratoire (# min)	<30	(30 – 39)	40 - 49	50-59	60 +	**Tirage intercostal**	Oui	(Non)
Température	^{0}C					**Conjonctives**	(Normales)	Pâles
Yeux	(Normaux)	Enfoncés	Écoulements	Conjonctivite/ cornée		**Déshydratation**	(Aucune)	Modérée Grave
Oreilles	(Normaux)	Écoulement				**Bouche**	(Normale)	Plaies Candidose
Ganglions lymphatiques élargis	(Aucun)	Cou	Aisselles	Aine		**Mains et pieds**	(Normaux)	Froids
Changements de la peau	(Aucun)	Gale	Pèle	Ulcères / Abcès		**Infirmités**	Oui	(Non)
Information supplémentaire								

MÉDICAMENT DE ROUTINE À L'ADMISSION

ADMISSION: **Amoxycilline**	Posologie:	Date: **6/12/07**	**Test diagnostic du paludisme**	Positif (Négatif) Date:
Deuxième semaine: Antihelminthique	(Oui)	Non	**Symptômes du paludisme**	Oui (Non)
Quatrième semaine: Vaccination contre la rougeole	(Oui)	Non	**Traitement du paludisme**	Médicament /Posologie: Date:
Vitamine A	(Oui)	Non	**Schéma de vaccination complét**	Oui (Non)

AUTRE MÉDICAMENT

Médicament	*Date*	*Posologie*	*Médicament*	*Date*	*Posologie*

PEC MAS AMBULATOIRE

Semaine	**ADM.**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
Date																	

ANTHROPOMÉTRIE																	
Poids ciblé (15% gain de poids)																	
Œdèmes bilatéraux **(+ ++ +++)**	N	N	N	N	N	N	N	N									
PB **(mm)**	109	109	109	111	114	114	116	117									
Poids **(kg)**	8.1	8.4	8.6	8.6	8.8	9.4	9.6	10									
Perte de poids * ***(Oui/Non)***	/	N	N	N	N	N	N	N									
* Si en dessous du poids à l'admission à la 3e semaine, référez pour visite de suivi à domicile; si ne prend pas de poids à la 3e semaine, référez vers la PEC MAS hospitalière																	
ANTÉCÉDENTS																	
Diarrhée ***(# jours)***		6	2	2	0	0	0	0									
Vomissements ***(# jours)***		6	0	4	0	2	0	0									
Fièvre ***(# jours)***		2	0	0	0	1	0	0									
Toux ***(# jours)***		7	0	0	0	0	0	0									
EXAMEN PHYSIQUE																	
Température (^{0}C)	37.2	36.9	37.2	37	36.9	36	36.5	36.8									
Fréquence respiratoire ***(# /min)***	36	38	36	35	38	35	36	35									
Déshydraté ***(O/N)***	N	N	N	N	N	N	N	N									
Anémie / pâleur des paumes ***(O/N)***	N	N	N	N	N	N	N	N									
Lésions de peau ***(O/N)***	N	N	N	N	N	N	N	N									
TEST D'APPÉTIT / ALIMENTATION																	
Test ATPE ***(Réussi/Echoué)***	P	P	P	P	P	P	P	P									
ATPE ***(# unités données)***	21	21	25	25	25	25	28	7									
ACTION / SUIVI																	
ACTION NÉCESSAIRE (***Oui/Non)***	N	N	N	N	N	N	N	Y									
Autre médicament ***(voir recto)***	N	N	N	N	N	N	N	N									
Nom de l'examinateur	AW	AW	AW	CT	AW	CT	CT	CT									
RÉSULTAT **								SFP									

** OK=**Continue** A=**Absent** D=**Abandon pendant 3 séances** R=**Référence** RR=**Référence refusé** G=**Guéri** NR=**Non récupéré** VAD= **Visite de suivi à domicile** X=**Décédé**

ACTION ENTREPRISE PENDANT LE SUIVI (*Y COMPRIS LA DATE*)

L'enfant est sorti guéri et référé vers l'alimentation supplémentaire. Il a reçu 7 sachets de l'ATPE et la mère a été conseillée sur les soins de suivi.

Nom de l'agent d'extension :

Nom	Adam ALI			**Numéro d'inscription**	LGR / 054
Age (mois)	15m	**Sexe**	M F	**Date d'admission**	6/12/2007
Communauté, District		**Lusaka, Bambali**		**Temps pour se rendre au site**	1 heure
Détails familiaux			**Père vivant**	Oui Non	**Mère vivante** Oui Non
Nom de la mère ou de l'accompagnant(e)			**Nombre total dans le ménage**	8	**Jumeau/elle** Oui Non
Admission (entourez)	**Auto référence**	**Référence d'extension communautaire**	**Référence PEC MAS hospitalière**		**Réadmission (rechute)** Oui Non

ANTHROPOMÉTRIE AU MOMENT DE L'ADMISSION

PB (mm)	**106**	**Poids (kg)**	**5.1**	**Taille (cm)**	**68**	**P/T z-score**	
Critères d'admission	Œdèmes bilatéraux	PB < 115 mm	P/T < - 3 z-score	Autre, a spécifier		**Poids cible (kg) basé sur 15% de gain de poids (sans œdème)**	

ANTÉCÉDENTS

Diarrhée	Oui	Non		**# Selles/Jour**	1-3 4-5 >5	
Vomissements	Oui	Non		**Urine**	Oui	Non
Toux	Oui	Non		**Si œdèmes bilatéraux, depuis combien de temps?**		
Appétit	Bon	Peu	Pas	**Allaitement maternel**	Oui	Non
Information supplémentaire						

EXAMEN PHYSIQUE

Test d'appétit	Réussi	Echoué						
Fréquence respiratoire *(# min)*	<30	30 – 39	40 - 49	50-59	60 +	**Tirage intercostal**	Oui	Non
Température	^{0}C					**Conjonctives**	Normales	Pâles
Yeux	Normaux	Enfoncés	Écoulement	Conjonctivite/ cornée		**Déshydratation**	Aucune	Modérée	Grave
Oreilles	Normaux	Écoulement				**Bouche**	Normale	Plaies	Candidose
Ganglions lymphatiques élargis	Aucun	Cou	Aisselles	Aine		**Mains et pieds**	Normaux	Froids
Changements de la peau	Aucun	Gale	Pèle	Ulcères / Abcès		**Infirmités**	Oui	Non
Information supplémentaire								

MÉDICAMENT DE ROUTINE À L'ADMISSION

ADMISSION: **Amoxycilline**	Posologie:	Date: 6/12/2007	**Test diagnostic du paludisme**	Positif Négatif	Date:
Deuxième semaine: Antihelminthique	Oui	Non	**Symptômes du paludisme**	Oui Non	
Quatrième semaine: Vaccination contre la rougeole	Oui	Non	**Traitement du paludisme**	Médicament /Posologie:	Date:
Vitamine A	Oui	Non	**Schéma de vaccination complété**	Oui Non	

AUTRE MÉDICAMENT

Médicament	*Date*	*Posologie*	*Médicament*	*Date*	*Posologie*

PEC MAS AMBULATOIRE

Semaine	**ADM.**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
Date	6.12	13.1	20.1	27.1	3.1												
ANTHROPOMÉTRIE																	
Poids ciblé (15% gain de poids)																	

Œdèmes bilatéraux **(+ ++ +++)**	N	N	N	N													
PB **(mm)**	106	106	107	106													
Poids **(kg)**	5.1	5	5.1	5													
Perte de poids * ***(Oui/Non)***		OUI	NON	OUI													
* Si en dessous du poids à l'admission à la 3e semaine, référez pour visite de suivi à domicile; si ne prend pas de poids à la 3e semaine, référez vers la PEC MAS hospitalière																	
ANTÉCÉDENTS																	
Diarrhée ***(# jours)***		6	2	2	5												
Vomissements ***(# jours)***		0	0	4	0												
Fièvre ***(# jours)***		0	0	0	0												
Toux ***(# jours)***		0	0	0	0												
EXAMEN PHYSIQUE																	
Température (^{0}C)	37.2	36.9	37.2	37	36.9	37.2											
Fréquence respiratoire ***(# /min)***	36	38	36	35	36.9	36											
Déshydraté ***(O/N)***	N	N	N	N	N	N											
Anémie / pâleur des paumes ***(O/N)***	N	N	N	N	N	N											
Lésions de peau ***(O/N)***	N	N	N	N	N	N											
TEST D'APPÉTIT / ALIMENTATION																	
Test ATPE ***(Réussi/Echoué)***	P	P	P	P	P	P											
ATPE ***(# unités données)***	14	14	14	14	14	14											
ACTION / SUIVI																	
ACTION NÉCESSAIRE (***Oui/Non)***	N	N	N	N													
Autre médicament ***(voir recto)***	N	N	N	N													
Nom de l'examinateur	AW	AW	AW	CT													
RÉSULTAT **																	

** OK=**Continue** A=**Absent** D=**Abandon pendant 3 séances** R=**Référence** RR=**Référence refusé** G=**Guéri** NR=**Non récupéré** VAD= **Visite de suivi à domicile** X=**Décédé**

ACTION ENTREPRISE PENDANT LE SUIVI (***Y COMPRIS LA DATE***)

MODULE CINQ

LA PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE DE LA MALNUTRITION AIGUË SÉVÈRE

VUE D'ENSEMBLE DU MODULE

Ce module informe sur la prise en charge hospitalière de la malnutrition aiguë sévère (PEC MAS hospitalière) pour les enfants de 6-59 mois soufrant de malnutrition aiguë sévère (MAS) avec complications médicales, en insistant sur les aspects importants qu'il faut envisager. Le module décrit brièvement les conditions faisant qu'un enfant doit être hospitalisé, et en donne les raisons. Il traite de la procédure à suivre et des critères d'admission et de sortie ainsi que des principes fondamentaux du traitement médical et de la récupération nutritionnelle. Il souligne l'importance d'une procédure de référence bien ordonnée entre la PEC MAS hospitalière et la prise en charge ambulatoire de la malnutrition aiguë sévère (PEC MAS ambulatoire) pour les enfants de 6-59 mois avec MAS sans complications médicales, dans les deux sens.

Ce module N'EST PAS un guide de référence sur l'organisation ou la prestation des soins hospitaliers. A cet effet, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a mis au point une formation séparée de sept jours, apportant des directives aux responsables et agent de santé qui prennent en charge les enfants avec MAS et complications médicales dans les services de soins hospitaliers. Les participants à la formation contenue dans le présent module doivent cependant prendre part à une visite d'une demi-journée dans la PEC MAS hospitalière, ce qui doit leur permettre d'acquérir une connaissance plus complète de la PCMA, du traitement complet de la MAS et de la procédure de référence entre les composantes de la PEC MAS hospitalière et les soins ambulatoires.

Ce module est conçu pour être utilisé conjointement avec les directives OMS pour le traitement hospitalier des enfants sévèrement malnutris (1999, nouvelles directives de l'OMS pour la prise en charge à base communautaire de la MAS dans le développement).

Dans le cadre de l'approche de la prise en charge à base communautaire de la malnutrition aiguë (PCMA), de la PEC MAS hospitalière les soins sont prodigués dans un hôpital ou une autre structure sanitaire avec soins 24 heures sur 24 pour les enfants avec MAS qui n'ont pas d'appétit ou qui souffrent de complications médicales jusqu'à ce que leur état médical soit stabilisé et que leur complication soit résolue. Ensuite, le traitement continue dans le cadre de la PEC MAS ambulatoire jusqu'à ce que l'enfant ait repris le poids suffisant conformément aux directives nationales. C'est donc une approche différente des soins en centre hospitalier dans le cadre de laquelle les enfants avec MAS reçoivent un traitement hospitalier pendant la stabilisation de leur état médical mais aussi pendant la récupération nutritionnelle jusqu'à ce qu'ils reprennent le poids adéquat. Dans certains cas, la PEC MAS hospitalière peut apporter le traitement nécessaire de la MAS jusqu'à la guérison de l'enfant.

La PEC MAS hospitalière pour les enfants de 6-59 mois avec MAS et complications médicales correspond à la phase de stabilisation du protocole de traitement de l'OMS qui comprend la transition à l'aliment thérapeutique prêt à l'emploi (ATPE). Le terme Centre de stabilisation (CS) est utilisé dans *Community-based Therapeutic Care (CTC): a Field Manual*.

I. PEC MAS HOSPITALIÈRE: EN SALLE DE CLASSE

Objectifs d'apprentissage	Documents à distribuer et exercices
1. Planifier la PEC MAS hospitalière	• Document 5.1 Aspects fondamentaux de la PEC MAS hospitalière
2. Décrire l'admission et la sortie pour la PEC MAS hospitalière	• Document 5.2 Procédure d'admission à la PEC MAS hospitalière • Document 5.3 Critères d'admission et catégories d'entrée pour la PCMA • Document 5.4 Procédure de sortie de la PEC MAS hospitalière • Document 5.5 Critères de fin de traitement et catégories de sortie pour la PCMA
3. Revoir le traitement médical et la récupération nutritionnelle dans la PEC MAS hospitalière	• Document 5.6 Traitement médical et récupération nutritionnelle de la PEC MAS hospitalière • Document 1.3 Références et lectures complémentaires
4. Pratiquer la procédure de (contre) référence entre la PEC MAS hospitalière et la PEC MAS ambulatoire	• Document 5.5 Critères de fin de traitement et catégories de sortie pour la PCMA • Document 5.7 Aspects pratiques de la sortie de la PEC MAS hospitalière • Exercice 5.1 Contre référence de la PEC MAS hospitalière vers la PEC MAS ambulatoire
Synthèse et évaluation du module	

MATÉRIEL

- Fiches de référence (pour les références de la PEC MAS hospitalière vers la PEC MAS ambulatoire et vice versa, ou pour les références pour bilan médical supplémentaire)
- Exemplaires de la fiche locale de traitement hospitalier ou du manuel de l'OMS (1999)
- Directives nationales pour la prise en charge de la MAS
- Documents à distribuer et exercices

PRÉPARATION À L'AVANCE

- Organiser et préparer la pièce, le matériel, grandes fiches, feutres, papier cache
- Consulter les protocoles nationaux de la prise en charge de la MAS
- Se procurer et faire des photocopies de la fiche de traitement hospitalier, utilisée au niveau local
- Télécharger et faire des photocopies des manuels suivants de l'OMS : *La prise en charge de la malnutrition sévère : Manuel à l'usage des médecins et autres personnels de santé (1999)* et *Directives pour le traitement hospitalier des enfants sévèrement malnutris (2003)* en allant sur le site *Liste des publications OMS : nutrition*
- Préparer un jeu de cartes où sont marqués les critères d'admission et de sortie
- Rassembler ou préparer les fiches de référence

DURÉE DU MODULE : DEUX HEURES EN SALLE DE CLASSE SUIVIES D'UNE VISITE SUR LE TERRAIN D'UNE DEMIE JOURNÉE

Remarque : Suivant les besoins du public, les formateurs pourront omettre certains objectifs d'apprentissage et certaines activités et en approfondir d'autres. La durée du module est une estimation du temps qu'il faut pour achever tous les objectifs et activités d'apprentissage.

OBJECTIF D'APPRENTISSAGE 1 : Planifier la PEC MAS hospitalière

OA.1

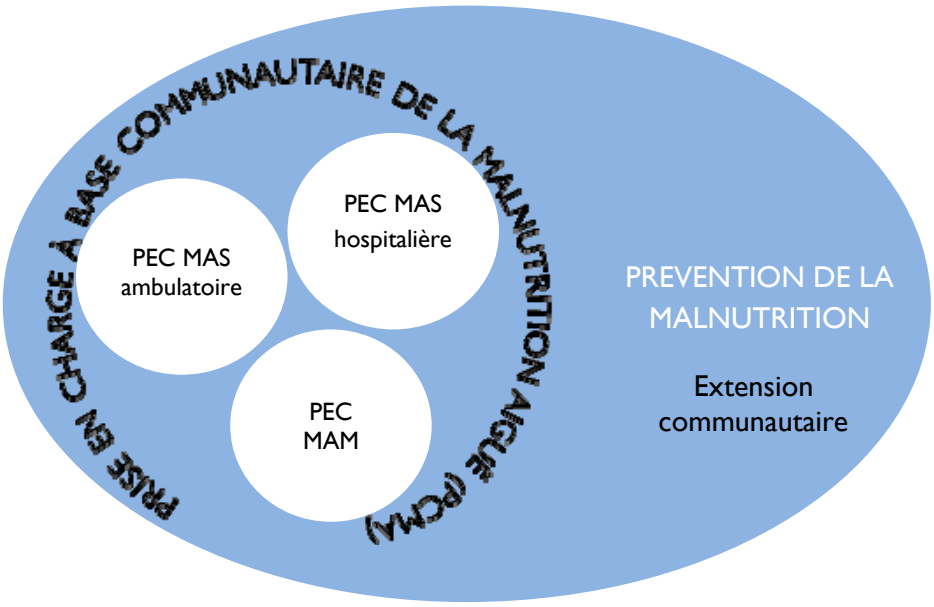
FORMATEUR : Prenez connaissances du **Document 5.1 Aspects fondamentaux de la PEC MAS hospitalière.**

Brainstorming : PEC MAS hospitalière dans le cadre de la PCMA.

Dessinez le graphique ci-dessous sur une grande fiche et demandez aux participants :

- Pourquoi la composante de la PEC MAS hospitalière dans le cadre de la PCMA est-elle plus petite que les autres composantes ?
- Quelle est la différence entre la composante de la PEC MAS hospitalière de la PCMA et les centres de récupération nutritionnelle intensive classique pour les enfants de 6-59 mois avec MAS? (Réponses : seuls les enfants qui courent le plus de risques sont admis alors que les autres sont traités dans les soins ambulatoires. Les enfants quittent la PEC MAS hospitalière quand leur état médical est stabilisé et que leur complication médicale est résolue et n'attendent donc pas leur récupération complète. De même, les enfants avec appétit peuvent prendre l'ATPE dans la PEC MAS hospitalière.)

Figure 1. Composantes centrales de la PCMA



Discussion en groupe : Aspects essentiels de la PEC MAS hospitalière.

Demandez aux participants de se reporter au **Document 5.1 Aspects fondamentaux de la PEC MAS hospitalière**. Demandez aux participants de revoir le document et de répondre aux questions suivantes. Revoyez les réponses en plénière et discutez-en.

- Pourquoi la PEC MAS hospitalière est-elle une composante aussi essentielle de la PCMA ?
- Qui reçoit un traitement hospitalier ?
- Pendant combien de temps le traitement est-il dispensé ?

- Quelle est la meilleure manière de dispenser la PEC MAS hospitalière? Dans le cadre de quelles structures ?

OA.1

OBJECTIF D'APPRENTISSAGE 2 : Décrire l'admission et la sortie de la PEC MAS hospitalière

OA.2

FORMATEUR : Prenez connaissance du Document 5.2 Procédure d'admission à la PEC MAS hospitalière, Document 5.3 Critères d'admission et catégories de sortie de la PCMA, Document 5.4 Procédure de sortie de la PEC MAS hospitalière et Document 5.5 Critères de fin de traitement et catégories de sortie pour la PCMA.

Exposé participatif : Procédure d'admission à la PEC MAS hospitalière. Décrivez aux participants les points en caractères gras mentionnés dans la première section du **Document 5.2 : Procédure d'admission à la PEC MAS hospitalière.**

Réponse suscitée et discussion en groupe : Critères d'admission à la PEC MAS hospitalière. Demandez aux participants de nommer des critères de l'admission à la PEC MAS hospitalière. Un grand nombre des critères sont ceux dont traite le **Module 4** exigeant que l'enfant soit référé vers la PEC MAS hospitalière. Marquez les réponses sur une grande fiche. Demandez aux participants de se reporter au **Document 5.2 Procédure d'admission à la PEC MAS hospitalière** et **au Document 5.3 Critères d'admission et catégories de sortie de la PCMA.** Revoyez le texte et le tableau, en prenant note des divergences avec les réponses sur la grande fiche. Insistez sur les critères d'admission différents des nourrissons de moins de 6 mois et présenter brièvement les critères d'admission pour les enfants de 5 ans et plus, les adolescents, les adultes et les adultes séropositifs-VIH. Discutez-en et comblez les lacunes.

Exposé participatif : Procédures et critères de sortie de la PEC MAS hospitalière. Décrivez aux participants les points en caractères gras mentionnés dans le **Document 5.4 Procédure de sortie de la PEC MAS hospitalière**, **Section A** et **Document 5.5 Critères de fin de traitement et catégories de sortie pour la PCMA**. Répondez aux questions et ensuite passez en revue brièvement les critères de sortie qui figurent dans le texte et le tableau du même document à distribuer.

Pratique et discussion en groupe : Déterminer si l'enfant doit être hospitalisé. Demandez aux participants de se reporter aux tableaux du **Document 5.3** et du **Document 5.5**. Dites-leur que vous allez donner des exemples d'enfants qui viennent consulter ou des enfants qui sont déjà hospitalisés et demandez-leur de déterminer si l'enfant doit être hospitalisé, rester à la PEC MAS hospitalière ou être référé vers la PEC MAS ambulatoire. Demandez-leur d'expliquer pourquoi.

Exemples:

1. L'enfant a moins de 6 mois et il est hospitalisé avec des œdèmes bilatéraux degré +. (Réponse : admettre à la PEC MAS hospitalière à cause de son âge et des œdèmes bilatéraux gardant le godet.)
2. L'enfant a été admis à la PEC MAS hospitalière avec un périmètre brachial [PB] < 115 mm parce qu'il n'a pas d'appétit mais sans autres complications médicales. L'enfant réussi à présent le test d'appétit et il est cliniquement bien portant et alerte. (Réponse : référer vers la PEC MAS ambulatoire car l'appétit est revenu et tous les autres critères sont satisfaits).
3. L'enfant est hospitalisé avec des œdèmes bilatéraux degré ++ et un PB <115 mm. (Réponse : L'enfant est pris en charge pour le traitement du kwashiorkor marasmique.)
4. L'enfant a été hospitalise avec un kwashiorkor marasmique. Les œdèmes bilatéraux

sont passés du degré +++ au degré +.
(Réponse : L'enfant est gardé à la PEC MAS hospitalière jusqu'à ce que les œdèmes bilatéraux aient disparu.)

OA.2

OBJECTIF D'APPRENTISSAGE 3 : Revoir le traitement médical et la récupération nutritionnelle de la PEC MAS hospitalière

OA.3

FORMATEUR : Prenez connaissance du **Document 5.6 Traitement médical et récupération nutritionnelle de la PEC MAS hospitalière**.

Revue : Complications médicales exigeant l'hospitalisation.

Demandez aux participants de nommer les complications médicales qui, ajoutées à la MAS exigent une PEC MAS hospitalière:

- Anorexie, pas d'appétit
- Vomissements persistants
- Convulsions
- Léthargie, apathie
- Perte de connaissance
- Infections des voies respiratoires inférieures
- Fièvre élevée
- Grave déshydratation
- Anémie grave
- Hypoglycémie
- Hypothermie
- Lésions cutanées
- Signes oculaires de l'avitaminose A

Lecture et discussion en groupe : Traitement médical et récupération nutritionnelle à la PEC MAS hospitalière:

Expliquez aux participants que le traitement médical et la récupération nutritionnelle de la MAS à la PEC MAS hospitalière suivent le protocole de traitement pour la MAS jusqu'à ce que l'état médical soit stabilisé, que la complication médicale soit résolue et que l'enfant soit référé vers la PEC MAS ambulatoire.

Demandez aux participants de se reporter au **Document 5.6 Traitement médical et récupération nutritionnelle de la PEC MAS hospitalière.** En plénière, discutez du diagramme avec les phases de stabilisation et de récupération. Faites remarquer qu'après quatre à sept jours de traitement, l'état médical devrait être stabilisé et la complication médicale résolue. Revoyez ensemble le document à distribuer et répondez aux questions concernant la récupération nutritionnelle pour les enfants âgés de 6 à 59 mois et pour les enfants de moins de 6 mois.

Demandez aux participants de se reporter au manuel de l'OMS *Directives pour le traitement hospitalier des enfants sévèrement malnutris* (2003), aux directives nationales ou aux autres directives indiquées dans le **Document 1.3 Références et lectures complémentaires** (du **Module Un**).

Donnez à chaque participant un exemplaire de la fiche individuelle de suivi locale de la PEC MAS hospitalière et expliquez les informations qui se trouvent sur cette fiche :

- Informations personnelles : noms et domicile de la mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant pour éventuellement connaitre l'image épidémiologique de l'endroit ou pour faire les visites de suivi à domicile après la sortie de la PEC MAS hospitalière
- Résultats des contrôles quotidiens des œdèmes bilatéraux
- Anthropométrie : PB, poids et taille notés au moment de l'admission. Le poids est également mesuré tous les jours

- Données/résultats cliniques : résultats des évaluations médicales quotidiennes (car l'état médical peut empirer rapidement et il est donc indispensable de noter les résultats médicaux et autres informations pour établir un diagnostic correct et dispenser un traitement rapide)
- Médicaments : les médicaments donnés et quand ils doivent être donnés (Remarque : l'agent de santé devrait observer directement les médicaments qui sont donnés, la réaction de l'enfant aux médicaments et le résultat ; il paraphe la fiche individuelle de suivi pour tous les médicaments administrés)
- Informations sur l'alimentation : type et quantité de l'aliment thérapeutique que l'enfant consomme et éventuels vomissements.

OBJECTIF D'APPRENTISSAGE 4 : Pratique de la procédure de référence entre la PEC MAS hospitalière et la PEC MAS ambulatoire

OA.4

FORMATEUR : Prenez connaissance du **Document 5.5 Critères de fin de traitement et catégories de sortie pour la PCMA**, **Document 5.7 Aspects pratiques de la sortie de la PEC MAS hospitalière**, et l'**Exercice 5.1 Référence de la PEC MAS hospitalière vers la PEC MAS ambulatoire**.

Revue : Référence de la PEC MAS hospitalière. En plénière, demandez aux participants de nommer les critères de fin de traitement PCMA. Demandez ensuite de nommer les critères de référence (contre-référence) pour qu'un enfant de 6-59 mois puisse passer de la PEC MAS hospitalière à la PEC MAS ambulatoire. Si les participants ont du mal à répondre, demandez-leur de se reporter au **Document 5.5 Critères de fin de traitement et catégories de sortie pour la PCMA.**

Exposé participatif : Référence entre la PEC MAS hospitalière et la PEC MAS ambulatoire. Expliquez aux participants que ces modules se concentrent essentiellement sur la PEC MAS ambulatoire, incluant les références de la PEC MAS hospitalière vers la PEC MAS ambulatoire. Mais, il existe aussi des cas demandant des références vers d'autres structures. Indiquez aux participants les facteurs importants demandant que les enfants soient référés de la PEC MAS hospitalière vers les soins tertiaires et les sorties de la PCMA, tel qu'indiqués dans le **Document 5.7 Aspects pratiques de la sortie de la PEC MAS hospitalière.**

Rappelez aux participants qu'il est indispensable pour le bon fonctionnement de la PCMA d'avoir un système de référence efficace entre la PEC MAS hospitalière et la PEC MAS ambulatoire. Indiquez qu'à cette fin, il est bon que les agents de sante de la PEC MAS hospitalière rendent visite aux sites PEC MAS ambulatoire et vice versa. Faites ressortir les points clés donnés sur le **Document 5.7.** Demandez aux participants s'ils ont d'autres éléments à ajouter.

Brainstorming : Références de la PEC MAS hospitalière vers la PEC MAS ambulatoire. Demandez aux participants de réfléchir aux actions essentielles qui devraient accompagner la sortie des patients des services de la PEC MAS hospitalière vers la PEC MAS ambulatoire. Marquez leurs réponses sur une grande fiche. Comblez les lacunes en consultant les points clés donnés sur le **Document 5.7, Section D.**

Pratique : Références de la PEC MAS hospitalière vers la PEC MAS ambulatoire. Demandez aux participants de se mettre par deux. Demandez-leur de se reporter à l'**Exercice 5.1 Références de la PEC MAS hospitalière vers la PEC MAS ambulatoire**. Marquez sur une grande fiche les éléments suivants concernant l'enfant et demandez aux paires de remplir le fiche de référence. (Remarque: utilisez un nom pour l'enfant et un nom pour la communauté locale qui conviennent dans cette culture.) Déplacez-vous entre les paires et répondez aux questions. Discutez des changements survenus dans l'état de santé de l'enfant qui permettent la référence vers la PEC MAS ambulatoire et comblez les lacunes.

- Données à l'admission :
  - Date de l'admission : le 9 février 2008
  - Site PEC MAS hospitalière: XXX
  - Numéro d'inscription : 113/SA/ZAL
  - Age: 26 mois

- Sexe : Féminin
- Taille : 78,5 cm
- Poids : 7,2 kg
- Œdèmes bilatéraux : +++
- PB : 112 mm
- P/T : < -3 z-score

- Données à la sortie :
  - Date de sortie : 15 février 2008
  - Poids : 7,0 kg
  - Œdèmes bilatéraux: aucun
  - PB : 113 mm
  - P/T : < -3 z-score

- Traitement : F75, quantité donnée de l'ATPE
  - Amoxicilline : 125 mg (5 ml) 3x/jours pendant 7 jours
  - Artesunate: 1 à 3 jours, 1 comprimé par jour

Exercice 5.1 Référence de la PEC MAS hospitalière vers la PEC MAS ambulatoire (avec réponses)

Référé de: Site X PEC MAS hospitalière **à:** Site Y PEC MAS ambulatoire

Date: 09/Fevrier/2008 **Heure:** 08

Nom: (nom local)

Age: 26 mois **Poids:** 7,2 g **PB:** **Température:**

Raison de la référence:

Autres classifications:
Poids : 7,0
PB : 113 mm
P/T: < -3 z-score

Traitement donné avant la référence:
F75, ATPE
Amoxicilline: 125mg (5 ml) 3x/jour pendant 7 jours
Artesunate: 1-3 jours, 1 comprimé par jour

Vaccinations: **Posologie de Vitamine A:**

Nom de l'agent de santé: **Signature:**

Lieu:

SYNTHÈSE ET ÉVALUATION DU MODULE

Méthode proposée : Revoir les objectifs d'apprentissage et remplir la fiche d'évaluation.

- Revoyez les objectifs d'apprentissage du module. Dans ce module, vous avez
  1. Planifié la PEC MAS hospitalière
  2. Identifié les critères d'admission et sortie de la PEC MAS hospitalière pour être référé vers la PEC MAS ambulatoire
  3. Récapitulé le traitement médical et la récupération nutritionnelle utilisés dans la PEC MAS hospitalière
  4. Pratiqué la procédure de référence de la PEC MAS hospitalière vers la PEC MAS ambulatoire

- Demandez aux participants s'ils ont des questions et leur feedback sur le module.

- Posez les questions suivantes de revue :
  - Quelles sont les principales raisons pour référer un enfant 6-59 mois avec MAS vers la PEC MAS hospitalière?
  - Quel est le pourcentage à peu près du nombre total des enfants 6-59 mois avec MAS qui auront besoin de la PEC MAS hospitalière?
  - Pendant combien de temps (en moyenne) un enfant 6-59 mois avec MAS avec complications médicales devra-t-il rester dans la PEC MAS hospitalière avant de continuer son traitement en PEC MAS ambulatoire?
  - Quels sont les critères de sortie de la PEC MAS hospitalière permettant d'être référé vers la PEC MAS ambulatoire (comment pouvez-vous savoir quand un enfant avec MAS et complications médicales est prêt à passer à la PEC MAS ambulatoire)?

- Rappelez aux participants qu'ils auront l'occasion d'observer les procédures et de discuter avec les agents de santé pendant la visite sur le terrain dans le service de la PEC MAS hospitalière.

- Demandez aux participants de remplir la fiche d'évaluation du module.

VISITE SUR LE TERRAIN POUR LA PEC MAS HOSPITALIÈRE

VUE D'ENSEMBLE

- Dans l'idéal, on aura un maximum de cinq participants dans chaque site PEC MAS hospitalière pour qu'ils aient suffisamment de temps pour observer et discuter avec le personnel soignant. Coordonnez avec autant de sites PEC MAS hospitalière que possible pour garder le nombre de participants à cinq au plus.
- Mettez les participants en paires avec quelqu'un qui parle la langue des participants et aussi la langue locale.
- Présentez les participants au chef du service et aux autres personnes responsables.

Objectifs d'apprentissage	Documents à emporter à la PEC MAS hospitalière
1. Revoir les procédures d'admission, de traitement et de sortie de la PEC MAS hospitalière	• Document 5.1 Aspects fondamentaux de la PEC MAS hospitalière • Document 5.8 Grille de vérification des visites sur le terrain aux sites PEC MAS hospitalière • Fiche individuelle de suivi locale de la PEC MAS hospitalière
2. Observer et discuter des procédures d'admission, de traitement et de sortie de la PEC MAS hospitalière	

OBJECTIF D'APPRENTISSAGE 1 DE LA VISITE SUR LE TERRAIN : Revoir les procédures d'admission, de traitement et de sortie de la PEC MAS hospitalière

A lire la veille : Procédures d'admission et de sortie de la PEC MAS hospitalière

En préparation à la visite d'un site PEC MAS hospitalière, demandez aux participants de revoir le **Document 5.1 Aspects fondamentaux de la PEC MAS hospitalière**.

OBJECTIF D'APPRENTISSAGE 2 DE LA VISITE SUR LE TERRAIN :
Observer et discuter des procédures d'admission, de traitement et de sortie de la PEC MAS hospitalière

FORMATEUR : Prenez connaissance du **Document 5.8 Grille de vérification des visites sur le terrain aux sites PEC MAS hospitalière** et demandez aux participants de l'emporter avec eux lors de la visite dans les services de soins hospitaliers.

Pendant la visite sur le terrain, observer les éléments suivants :

- Procédure d'inscription du patient
- Critères d'admission et de sortie
- Evaluation et suivi quotidien de l'état nutritionnel
- Evaluation médicale, suivi et traitement médical quotidien
- Préparation et conservation des laits thérapeutiques
- Procédures d'alimentation
- Notation sur la fiche individuelle de suivi (informations réunies, progrès de l'enfant)
- Déroulement des activités
- Procédure de référence

Pendant la visite sur le terrain, demandez au personnel :

- A quel point la PEC MAS est-elle efficace maintenant que la PEC MAS ambulatoire est également disponible ?
- Remarquent-ils une différence entre les nombres d'enfants et les affections dont ils souffrent dans le service hospitalier avant que la PEC MAS ambulatoire soit disponible et les nombres et types d'affections qu'ils voient maintenant
- Existe-t-il des difficultés à gérer le nombre d'enfants qui doivent recevoir une PEC MAS hospitalière

Session de feedback - discussion après les visites à la PEC MAS hospitalière

Après la visite de site PEC MAS hospitalière, organisez une séance de feedback pendant laquelle les participants pourront :

- Donner du feedback sur les aspects positifs qu'ils ont observés dans le site PEC MAS hospitalière
- Poser des questions demandant à être clarifiées par les formateurs
- Identifier les principales lacunes demandant plus de temps d'observation dans la PEC MAS hospitalière

MODULE CINQ

LES DOCUMENTS POUR LA PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE DE LA MALNUTRITION AIGUË SÉVÈRE

Objectifs d'apprentissage	Documents à distribuer et exercices
1. Planifier la PEC MAS hospitalière	• Document 5.1 Aspects fondamentaux de la PEC MAS hospitalière
2. Décrire l'admission et la sortie de la PEC MAS hospitalière	• Document 5.2 Procédure d'admission à la PEC MAS hospitalière • Document 5.3 Critères d'admission et catégories d'entrée pour la PCMA • Document 5.4 Procédure de sortie de la PEC MAS hospitalière • Document 5.5 Critères de fin de traitement et catégories de sortie pour la PCMA
3. Revoir le traitement médical et la récupération nutritionnelle dans la PEC MAS hospitalière	• Document 5.6 Traitement médical et récupération nutritionnelle de la PEC MAS hospitalière • Document 1.3 Références et lectures complémentaires
4. Pratiquer la procédure de référence entre la PEC MAS hospitalière et la PEC MAS ambulatoire	• Document 5.5 Critères de fin de traitement et catégories de sortie pour la PCMA • Document 5.7 Aspects pratiques de la sortie de la PEC MAS hospitalière • Exercice 5.1 Référence de la PEC MAS hospitalière vers la PEC MAS ambulatoire
Synthèse et évaluation du module	

DOCUMENT 5.1
Aspects fondamentaux de la PEC MAS hospitalière

GÉNÉRAL

1. Les enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère (MAS) avec complications médicales courent un risque élevé de mortalité. Ils ont besoin des soins de la PEC MAS hospitalière dispensés 24 heures sur 24 jusqu'à ce que leur état de santé soit stabilisé, généralement pendant une période de sept jours.

2. La PEC MAS hospitalière représentent la composante des services de la PCMA fournissant un traitement médical et une récupération nutritionnelle pour les cas suivants

    a. Les **enfants de 6-59 mois avec MAS avec complications médicales ou avec manque d'appétit** y sont traités jusqu'à la stabilisation de leur état de santé et de nutrition (complication médicale résolue et retour de l'appétit)
    b. Les **nourrissons de moins de 6 mois avec des œdèmes bilatéraux ou une émaciation visible** (ou encore si le lait maternel est insuffisant dans un contexte de vulnérabilité) y sont traités jusqu'à la fin de leurs traitements. Les nourrissons de 6 mois ou plus pesant moins de 4 kg sont traités comme des nourrissons de moins de 6 mois.
    c. Les **autres groupes d'âge avec MAS** y sont traités jusqu'à la fin de leurs traitements.

3. Une fois stabilisé, l'enfant de 6-59 mois est référé à la PEC MAS ambulatoire pour continuer le traitement à la maison avec visites de suivi hebdomadaires au site PEC MAS ambulatoire jusqu'à ce l'enfant ait récupéré le poids cible de sortie de la PCMA (voir critères de sortie dans les directives nationales ou internationales, ou voir Module 4 **document 4.1 Critères d'admission et catégories d'entrée pour la PCMA et 4.13 Critères de fin de traitement et catégories de sortie pour la PCMA**

4. La PEC MAS hospitalière est dispensée dans un hôpital ou dans une autre structure sanitaire qui apporte des soins jour et nuit, souvent appelée centre ou unité de récupération nutritionnelle.

5. La PEC MAS hospitalière dans le cadre de la PCMA est analogue au traitement initial du protocole de traitement de l'OMS (OMS 1999) pour stabiliser la condition médicale mais l'enfant de 6-59 mois est référé en PEC ambulatoire dès que son état de santé et nutritionnel est stabilisé.

6. Dans certains cas, les enfants de 6-59 mois avec MAS (sans ou avec complications) restent dans la PEC MAS hospitalière jusqu'à ce qu'ils aient récupéré le poids cible de sortie de la PCMA. Notamment, lorsqu'il n'existe pas de la PEC MAS ambulatoire dans cette zone, ou si il n'y pas de l'ATPE disponible, pour des problèmes de sécurité ou encore parce la mère ou accompagnant(e) de l'enfant ne peut pas rester à l'hôpital.

7. Les complications médicales décisives pour que les enfants de 6 à 59 mois avec MAS soient référés à la PEC MAS hospitalière sont : anorexie, vomissements persistants, convulsions, léthargie, apathie, perte de connaissance, infections des voies respiratoires inférieures, fièvre élevée, grave déshydratation, grave anémie, hypoglycémie, hypothermie, lésions cutanées, signes oculaires d'avitaminose A.

8. Devront également être admis en PEC MAS hospitalière les enfants qui perdent du poids ou qui ne prennent pas de poids, en fonction du protocole d'action de la PEC MAS ambulatoire.

9. Les sites PEC MAS hospitalière devraient avoir des agents de santé qualifiés qui connaissent les protocoles de la PEC MAS.

10. La PEC MAS hospitalière dans le cadre de la PCMA **devrait être disponible dans une structure sanitaire dispensant des soins 24 heures sur 24, si possible**. Les soins pour la PEC MAS hospitalière concernant les enfants existent souvent déjà dans les services de pédiatrie des hôpitaux et parfois dans les centres de santé ou services de récupération nutritionnelle.

11. Le nombre des admissions en PEC MAS hospitalière dans les services de la PCMA dépend du contexte :

    - Pendant une **urgence,** il est probable qu'un grand nombre d'enfants seront d'abord hospitalisés, puis ce nombre baissera rapidement au fur et à mesure que les enfants seront stabilisés et référés vers la PEC MAS ambulatoire. Le nombre d'hospitalisations peut également augmenter rapidement en cas de migration soudaine de la population ou d'une flambée de cas de maladies diarrhéiques, d'infections respiratoires aiguës ou de rougeole.

    - Le **nombre de cas hospitalisés va probablement fluctuer selon la saison.** En période de soudure, quand les vivres manquent le plus, le nombre de cas augmentera d'autant plus. Cela suit généralement un mode donné et il devient donc possible de planifier à l'avance en vue de ces augmentations périodiques.

    - Dans les contextes où il existe une prévalence élevée du VIH, le nombre d'hospitalisations pourra être élevé vu l'incidence accrue des **complications médicales associées au VIH.**

12. **Il est recommandé que les agents de santé de la PEC MAS hospitalière puissent rendre visite aux sites PEC MAS ambulatoire et vice versa.** Cela aide à mieux comprendre et à faciliter la procédure de référence entre les deux composantes de la PCMA.

13. **Les fournitures comme les médicaments et les aliments thérapeutiques nécessaires pour la PEC MAS sont basées sur les directives de l'OMS.**

    a. Il s'agit essentiellement des laits thérapeutiques F75 et F100 et du ReSoMal, des médicaments essentiels, de l'équipement médical, et de l'équipement anthropométrique et des ustensiles pour la préparation des laits. L'aliment thérapeutique prêt à l'emploi (ATPE) est également important car il est utilisé pour aider les enfants à faire la transition à un régime basé sur l'ATPE avant qu'il ou elle ne soit référé vers la PEC MAS ambulatoire.

    b. L'ATPE est également utilisé pour les enfants avec MAS qui sont admis dans la PEC MAS hospitalière et qui ont de l'appétit.

    c. F100 est utilisé pour la récupération nutritionnelle des nourrissons de moins de 6 mois en dilution (F100 dilué) ou des enfants de plus de 6 mois qui restent en PEC MAS hospitalière et qui sont incapables de manger l'ATPE pour des raisons médicales (muguet ou plaies dans la bouche, incapacités).

    d. De plus, il est important que les structures sanitaires avec sites PEC MAS hospitalière donnent également de la nourriture à la mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant (et si possible du savon).

    e. Il faut également des ustensiles pour préparer et distribuer le lait et la nourriture.

    f. Dans les régions où le paludisme est endémique, des moustiquaires imprégnées aux insecticides (MII) sont également nécessaires.

14. **Les moyens de transport pour se rendre aux structures sanitaires de la PEC MAS hospitalière devraient être considérés**. C'est souvent en raison du manque de moyens de transport et de frais de transport élevés que certaines mères ou accompagnant(e)s de l'enfant ne

peuvent pas l'amener à la structure sanitaire. Peut-être pourrait-on organiser la mise en place d'un petit fonds par le biais des comités de gestion pour les transports sur de petites distances.

5.1

DOCUMENT 5.2
Procédure d'admission à la PEC MAS hospitalière

PROCEDURE D'ADMISSION

- Les enfants admis à la PEC MAS hospitalière doivent être triés et les cas les plus urgents seront traités en premier. De l'eau sucrée (dilution de 10%) doit être donnée pendant le transport et à l'arrivée pour prévenir l'hypoglycémie.
- L'état de l'enfant est évalué et le traitement d'urgence est démarré aussi rapidement que possible en fonction des protocoles de traitement de routine de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour la malnutrition aiguë sévère (MAS) avec complications médicales.
- Les informations sanitaires et nutritionnelles sont notées sur la fiche individuelle de suivi de la PEC MAS hospitalière : informations sur l'enfant, antécédents médicaux, examen physique, œdèmes bilatéraux et anthropométrie (périmètre brachial [PB], poids et taille.)
- La procédure d'admission utilise le numéro d'inscription assigné par le site PEC MAS ambulatoire qui a référé l'enfant si l'enfant a été référé. Si le site PEC MAS hospitalière dispose de son propre système de numéros d'inscription, il faudra veiller à inclure le numéro d'inscription unique de la PCMA qui a été obtenu dans le site PEC MAS ambulatoire.
- La mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant recevra des conseils sur le traitement de l'enfant, l'allaitement maternel et les bonnes pratiques d'hygiène. On lui donnera également du savon pour se laver les mains (si possible) et pour sonhygiène personnelle et celle de son enfant ainsi que de la nourriture pendant son séjour hospitalier avec l'enfant.

ENFANTS DE 6 A 59 MOIS

- Manque d'appétit : Le fait que l'enfant manque d'appétit est un indicateur montrant qu'il doit être référé vers la PEC MAS hospitalière. L'enfant manque d'appétit s'il ne réussi pas le test d'appétit avec l'aliment thérapeutique prêt à l'emploi (ATPE) et refuse continuellement de le manger. Cela peut être dû à une mauvaise fonction du foie/ou des intestins suite à la MAS. Parfois, les mères ou les accompagnant(e)s de l'enfant le forcent à manger l'ATPE, peut être parce qu' elles préfèrent rester dans la PEC MAS ambulatoire. Il faut observer pour s'assurer que tel n'est pas le cas.

- Œdèmes bilatéraux : les enfants avec œdèmes bilatéraux de degré +++ courent un risque plus élevé de mourir et doivent être référés vers la PEC MAS hospitalière.

- Kwashiorkor marasmique : les enfants avec des œdèmes bilatéraux ET une émaciation grave (PB<115 mm ou un score z poids pour taille [P/T] < -3 (normes OMS) doivent être référés vers la PEC MAS hospitalière. Ces enfants sont exposés à un risque plus élevé de mortalité et ont besoin d'un traitement attentif.

- MAS avec complications médicales : anorexie, vomissements persistants, convulsions, léthargie, n'est pas alerte, perte de connaissance, infections des voies respiratoires inférieures (IVRI), fièvre élevée (> 39° C), grave déshydratation, anémie grave, hypoglycémie, hypothermie (< 35° C), lésions cutanées, et signes oculaires d'avitaminose A.

- Autres conditions médicales exigeant l'hospitalisation : Nourrissons de 6 mois ou plus avec un poids inférieur à 4 kg, ou enfants avec MAS en PEC MAS ambulatoire qui perd du poids (après 3 semaines) ou qui ne prend pas de poids (5 semaines), en fonction du protocole d'action de la PEC MAS ambulatoire.

- <u>Autres conditions médicales nécessitant la référence vers les soins tertiaires</u> : Un diagnostic et un traitement spécialisés s'avèrent nécessaires pour traiter des complications médicales aiguës sous-jacentes. Ces cas doivent être référés vers le service indiqué à l'hôpital. Les enfants doivent être référés tout en continuant leur traitement pour la MAS (notamment continuer l'aliment

thérapeutique) et ils pourront revenir dans le site PEC MAS hospitalière ou PEC MAS ambulatoire pour continuer le traitement de la MAS dès que leur traitement pour les autres complications médicales sera terminé et les complications résoluest.

- Choix : Certaines mères ou accompagnant(e)s de l'enfant préfèrent parfois que l'enfant soit hospitalisé et non pas soigné dans la PEC MAS ambulatoire. C'est leur droit et il convient de respecter ce choix. Il est pourtant bien plus courant que les mères ou accompagnant(e)s de l'enfant refusent que l'enfant soit référé vers la PEC MAS hospitalière, préférant qu'il reste dans la PEC MAS ambulatoire.

- Enfants séropositifs-VIH : Les critères d'admission standard peuvent être appliqués aux enfants séropositifs selon les données probantes recueillies en la matière. Une bonne proportion des enfants séropositifs n'ont guère d'appétit et souffrent d'infections opportunistes exigeant leur hospitalisation. D'autres enfants répondant aux critères d'admission de la PEC MAS ambulatoire pourront recevoir un tel traitement et répondront bien à la prise en charge en PEC MAS ambulatoire. La durée du traitement tend à être plus longue pour les enfants séropositifs avec MAS.

NOURRISSONS DE MOINS DE 6 MOIS

- Les nourrissons de moins de 6 mois qui ont des œdèmes bilatéraux ou qui sont visiblement émaciés doivent être hospitalisés pour recevoir des soins spécialisés. Dans les contextes de vulnérabilité, les nourrissons qui perdent du poids et/ou qui courent un risque élevé suite à un allaitement insuffisant doivent également être admis à la PEC MAS hospitalière.

- Remarque : Le PB n'est PAS applicable aux nourrissons de moins de 6 mois.

- Le nombre des nourrissons exigeant de la PEC MAS hospitalière varie en fonction du contexte. Si on dispose d'une certaine expérience pouvant éclairer la prise en charge de la MAS chez les nourrissons en cas d'urgence, il y a par ailleurs de véritables **lacunes dans la connaissance** sur les meilleures pratiques[1].

AUTRES GROUPES CIBLES

- **Enfants 5-15 ans :** Les critères d'admission (et de sortie) à la PEC MAS hospitalière pour les enfants de 5 ans et plus sont les mêmes que pour les enfants de 6-59 mois, et la prise en charge repose sur les protocoles de la PEC MAS hospitalière jusqu'à la fin du traitement.

- **Adolescents et Adultes :** Les critères d'admission à la PEC MAS hospitalière pour les adultes et les adolescents reposent sur les protocoles de la PEC MAS hospitalière jusqu'à la fin du traitement (ou les protocoles nationaux). On ne dispose que d'une expérience limitée jusqu'à présent en ce qui concerne la PEC MAS ambulatoire pour les adultes ou les adolescents.

- **Adultes séropositifs-VIH** : Dans plusieurs pays (Malawi, Zambie, Mozambique), des adultes séropositifs avec MAS ont été traités à la PCMA : à la PEC MAS hospitalière en utilisant F75/F100 et à la PEC MAS ambulatoire en utilisant l'ATPE. Il existe des protocoles disponibles pour les adultes séropositifs-VIH bien que l'on attende encore des données probantes venant étayer les meilleures pratiques.

[1] Management of Acute Malnutrition in Infants (MAMI) Project, http://www.ennonline.net/research/mami. Le projet MAMI a revu les expériences, les pratiques actuelles et les lacunes de connaissance de la prise en charge de la malnutrition aiguë chez le nourrisson.

DOCUMENT 5.3
Critères d'admission et catégories d'entrée pour la PCMA

CRITÈRES D'ADMISSION POUR LA PCMA

PEC MAS hospitalière	PEC MAS ambulatoire	PEC MAM
Critères d'admissions pour les enfants de 6-59 mois		
☐ Œdèmes bilatéraux +++ **Ou** ☐ Kwashiorkor avec marasme: Tout degré d'œdèmes bilatéraux avec émaciation grave **Ou** ☐ Œdèmes bilatéraux + ou ++ ou émaciation grave **avec** l'une quelconque des complications médicales suivantes : • Anorexie, manque d'appétit • Vomissements persistants • Convulsions • Léthargie, n'est pas alerte • Perte de connaissance • Infections respiratoires inférieures • Fièvre élevée • Grave déshydratation • Anémie grave • Hypoglycémie • Hypothermie • Lésions cutanées • Signes oculaires d'avitaminose A **Ou** ☐ Référés de la PEC MAS ambulatoire selon le protocole d'action Autre: nourrisson ≥ 6 mois et < 4kg	☐ Œdèmes bilatéraux + et ++ **Ou** ☐ PB < 115 mm **Ou** ☐ P/T < -3 z-score *Et* • Appétit • Bien portant cliniquement • Alerte	☐ PB ≥ 115 mm et < 125 mm **Ou** ☐ P/T ≥ -3 z-score et < -2 z-score *Et* • Appétit • Bien portant cliniquement • Alerte **Egalement :** Références des enfants récupérant après MAS, après fin de traitement PEC MAS quelle que soit leur anthropométrie.
Critères d'admission pour les nourrissons < 6 Mois		
Nourrissons < 6 mois avec œdèmes bilatéraux ou émaciation visible (ou allaitement maternel insuffisant dans un contexte de vulnérabilité)		
Critères d'admission pour les femmes enceintes et allaitantes		
		Femmes enceintes Premier et deuxième trimestres avec PB < 210 mm **Femmes allaitantes** Mères avec nourrissons < 6 mois avec PB < 210 mm

CATÉGORIES D'ENTRÉE POUR LA PCMA

5.3

PEC MAS hospitalière	PEC MAS ambulatoire	PEC MAM
Nouvelles admissions, Enfants de 6 à 59 mois		
Nouveaux cas de MAS ☐ Enfant répond aux critères d'admission -y compris *rechute* après guérison	**Nouveaux cas de MAS** ☐ Enfant répond aux critères d'admission -y compris *rechute* après guérison (***Inclues les enfants référés de la PEC MAM :*** L'état de santé de l'enfant s'est aggravé dans la PEC MAM et l'enfant répond aux critères d'admission PEC MAS ambulatoire)	**Nouveaux cas de MAM** ☐ Enfant répond aux critères d'admission -y compris *rechute* après guérison ***(Catégorie à part:*** Enfant non-MAM est admis après contre référence de la PEC MAS : enfant récupéré de la MAS nécessitant un supplément)
Nouvelles admissions, Autres groupes d'âge		
Nouveaux cas de MAS Nourrisson < 6 mois Enfant ≥ 5 ans Adolescent Adulte	**Nouveaux cas de MAS** Personne ne répond pas aux critères d'admission préfixés et reçoit une PEC MAS ambulatoire (cas d'exception)	**Nouveaux cas de MAM** Personne ne répond pas aux critères d'admission préfixés et reçoit une PEC MAM
Anciens cas, Enfants de 6 à 59 mois		
Référence de la PEC MAS ambulatoire L'état de santé de l'enfant s'est aggravé dans la PEC MAS ambulatoires (selon le protocole d'admission et d'action) **Mouvement** Enfant est revenu après abandon récent, ou vient d'un autre site PEC MAS hospitalière	**(Contre) Référence de la PEC MAS hospitalière** L'état de santé de l'enfant s'est amélioré dans la PEC MAS hospitalière et l'enfant continue son traitement en PEC MAS ambulatoire. **Mouvement** Enfant est revenus après abandon récent, ou vient d'un autre site PEC MAS ambulatoire	**Mouvement** Enfant est revenus après abandon récent, ou vient d'un autre site PEC MAM

DOCUMENT 5.4
Procédure de sortie de la PEC MAS hospitalière

FIN DE TRAITEMENT ET RÉFÉRENCE VERS LA PEC MAS AMBULATOIRE

- Quand un enfant est prêt à quitter la PEC MAS hospitalière pour entrer à la PEC MAS ambulatoire, on évalue son état clinique, les œdèmes bilatéraux, le périmètre brachial (PB), le poids et la taille, et on fait le test d'appétit avec l'ATPE. L'ATPE aura été introduit peu à peu lors des jours précédents et l'enfant devrait manger plus de 75% de son alimentation quotidienne avec l'ATPE.

- La fiche de référence vers la PEC MAS ambulatoire est remplie, notamment la section informant les agents de santé du site PEC MAS ambulatoire sur l'intervention médicale et le traitement dispensé à l'enfant, notamment les médicaments qu'il a reçus.

- On informe la mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant de l'endroit et des horaires de la PEC MAS ambulatoire dans la structure sanitaire le plus proche de son domicile, et on lui donne suffisamment d'ATPE pour que la quantité lui dure jusqu'à la prochaine séance de suivi de la PEC MAS ambulatoire (généralement un approvisionnement d'une semaine).

- Les messages clés sur l'utilisation de l'ATPE et l'hygiène de base sont discutés à nouveau avec la mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant. On lui donne également les médicaments et les instructions sur la posologie et le mode d'emploi. Il est bon qu'elle répète ces instructions à l'agent de santé pour s'assurer qu'elle a bien compris comment et quand elle doit donner les médicaments à l'enfant.

- La sortie de la PEC MAS hospitalière peut se faire n'importe quel jour. Les agents de santé de la structure sanitaire avec site PEC MAS hospitalière ne doivent pas chercher à retenir un enfant dont l'état de santé permet qu'il passe à la PEC MAS ambulatoire.

- On indique également à la mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant ce qu'elle doit faire si l'état de l'enfant empire avant la prochaine séance de suivi de la PEC MAS ambulatoire.

ENFANTS DE 6 A 59 MOIS

- Les enfants qui ont été **référés vers la PEC MAS hospitalière à cause de complications médicales** peuvent venir à la PEC MAS ambulatoire quand ils ont passé le test d'appétit de l'ATPE avec succès, quand la complication médicale est résolue, quand les œdèmes bilatéraux ont diminué et quand ils sont cliniquement bien portants et alerte.

- Les enfants qui ont été **référés vers la PEC MAS hospitalière à cause d'un kwashiorkor marasmique** peuvent être référés vers la PEC MAS ambulatoire quand ils n'ont plus d'œdèmes bilatéraux. Puis, les mêmes critères comptent : ils doivent passer le test d'appétit de l'ATPE avec succès, ils n'ont plus de complications médicales et ils sont cliniquement bien portants et alertes.

- Les enfants dont la mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant **préfère la PEC MAS hospitalière** à la PEC MAS ambulatoire, doivent rester à la PEC MAS hospitalière jusqu'à ce que la mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant accepte de continuer le traitement en PEC MAS ambulatoire, ou jusqu'à ce que l'enfant ait récupéré et ne souffre plus de malnutrition aiguë sévère (MAS). Les critères de sortie sont analogues à ceux de la PEC MAS ambulatoire.

NOURRISSONS DE MOINS DE 6 MOIS

- Les nourrissons de moins de 6 mois peuvent sortir de la PEC MAS hospitalière quand ils sont allaités exclusivement (reprise de l'allaitement), qu'ils ont pris suffisamment de poids, et qu'ils

sont cliniquement bien portants et alertes. Un gain de poids adéquat pour un nourrisson de moins de 6 mois signifie au minimum 20 g par jour rien qu'avec l'allaitement maternel sur une période de cinq jours consécutifs. Les nourrissons qui se remettent de la MAS ou qui ne peuvent pas être allaités ont besoin d'autres méthodes d'alimentation en fonction des directives nationales ou restent en PEC MAS hospitalière jusqu'à l'âge de 6 mois.

DOCUMENT 5.5
Critères de fin de traitement et catégories de sortie pour la PCMA

CRITÈRES DE FIN DE TRAITEMENT POUR LA PCMA

PEC MAS hospitalière	PEC MAS ambulatoire	PEC MAM
Critères de fin de traitement (ou de contre référence) pour les enfants de 6-59 mois		
Quitte la PEC MAS hospitalière (contre référence) pour continuer le traitement and PEC MAS ambulatoire: ☐Si l'enfant était admis sur base de kwashiorkor grave: Oedèmes bilatéraux ont diminué **et** Enfant est cliniquement bien portant et alerte ☐Si l'enfant était admis sur base de marasme avec complications médicales : Appétit est de retour (l'enfant a passé le test d'appétit avec succès) **et** Complications médicales se résolvent **et** Enfant est cliniquement bien portant et alerte ☐Si l'enfant était admis sur base de kwashiorkor marasmique : Oedèmes bilatéraux ont disparus ***Guéri (fin de traitement) :*** Mêmes critères que fin de traitement pour la PEC MAS ambulatoire - idem	**Guéri (fin de traitement) :** ☐Si l'enfant était admis sur base d'œdèmes bilatéraux: Sans œdèmes bilatéraux pendant 2 séances consécutives **et** Emaciation grave exclue : PB ≥ 115 mm ou/et rapport P/T ≥ -2 z-score **et** Enfant est cliniquement bien portant et alerte ☐Si l'enfant était admis sur base d'émaciation grave (PB ou rapport P/T) : Gain de poids de minimum 15% pour deux séances consécutives (15% du poids à l'admission ou poids sans œdèmes) **et** Oedèmes bilatéraux exclus **et** Enfant est cliniquement t bien portant et alerte *En sortant, les enfants sont orientés vers la PEC MAM si existante*	**Guéri (fin de traitement) :** ☐Si l'enfant était admis sur base du PB: Minimum de 2 mois en traitement **Et** PB ≥ 125 mm ☐Si l'enfant était admis sur base du rapport P/T: Minimum de 2 mois en traitement **et** Rapport P/T ≥ -2 z-score ☐Si l'enfant était admis après avoir récupéré de la MAS: Minimum de 2 mois en traitement **et** PB ≥ 125 mm
Critères de fin de traitement pour les nourrissons < 6 mois		
Guéri (fin de traitement) : Si le nourrisson tète suffisamment de lait et a pris suffisamment de poids (minimum 20 grammes de prise de poids par jour rien que pour l'allaitement maternel pendant 5 jours) et est cliniquement bien portant et alerte. (Remarque : si l'enfant n'est pas allaité, une autre méthode d'alimentation de remplacement est nécessaire en fonction du protocole nationale).		
Critères de fin de traitement pour les femmes enceintes et allaitantes		
		<u>Femmes enceintes</u> PB ≥ 210 mm ou bébé né **<u>Femmes allaitantes</u>** PB ≥ 210 mm ou nourrisson ≥ 6 mois

CATÉGORIES DE SORTIE POUR LA PCMA

PEC MAS hospitalière	PEC MAS ambulatoire	PEC MAM
CATÉGORIES DE SORTIE, Pour les enfants de 6-59 mois		
Guéris		
Enfant répond aux critères de fin de traitement en PEC MAS ambulatoire	Enfant répond aux critères de fin de traitement	Enfant répond aux critères de fin de traitement
Décédés		
Enfant meurt	Enfant meurt	Enfant meurt
Abandons		
Enfant est absent depuis deux jours	Enfant est absent pour la 3eme séance consécutive	Enfant est absent pour la 3eme séance consécutive
Non- récupérés		
Enfant ne répond pas aux critères de sortie après 2 mois de traitement (examen médical fait auparavant)	Enfant ne répond pas aux critères de sortie après 4 mois de traitement (examen médical fait auparavant)	Enfant ne répond pas aux critères de sortie après 8 mois de traitement (examen médical fait auparavant)
Autres : Référés		
Référé vers la PEC MAS ambulatoire (Contre référence): L'état de santé de l'enfant s'améliore et il est référé vers la PEC MAS ambulatoire pour continuer le traitement.	***Référé vers la PEC MAS hospitalière (Référence) :*** L'état de santé de l'enfant s'aggrave (selon le protocole d'action) et il est référé vers la PEC MAS hospitalière pour un traitement plus intensif.	

DOCUMENT 5.6
Traitement médical et récupération nutritionnelle de la PEC MAS hospitalière

Le traitement médical et la récupération nutritionnelle des enfants de 6-59 mois souffrant de malnutrition aiguë sévère (MAS) avec complications médicales dans la PEC MAS hospitalière resposent sur les protocoles de la PCNA. Lorsque l'état médical est stabilisé et la complication médicale résolue, l'enfant est référé vers la PEC MAS ambulatoire pour continuer sa récupération nutritionnelle.

TRAITEMENT

- Le manuel de l'OMS (OMS 1999) et les directives de l'OMS (OMS 2003) apportent une information détaillée sur le traitement des enfants avec MAS. Les principes du traitement pour les enfants avec MAS sont présentés en 10 étapes (Figure 1). Les directives de l'OMS ne traitent pas la sortie précoce vers la PEC MAS hospitalière une fois l'état médical stabilisé et la complication médicale résolue. On attend les adaptations des directives de l'OMS.

- Il faut généralement quatre à sept jours de traitement pour que la complication médicale commence à se résoudre.

Figure 1. Traitement en 10 étapes pour les enfants avec MAS
Directives pour le traitement hospitalier des enfants sévèrement malnutris (OMS 2003)

	Phase de stabilisation		**Phase de récupération**
Étapes	***Jours 1-2***	***Jours 3-7***	***Semaines 2-6***
1. Hypoglycémie	→	→	
2. Hypothermie	→	→	
3. Déshydratation	→	→	
4. Electrolytes	→	→	→
5. Infections	→	→	
6. Micronutriments	sans fer	sans fer	avec fer →
7. Alimentation prudente	→	→	
8. Croissance de rattrapage			→
9. Stimulation sensorielle	→	→	→
10. Préparation du suivi			→

RÉCUPÉRATION NUTRITIONNELLE

- Les enfants de 6-59 mois reçoivent le lait F75 (100 kcal/kg/jour) toutes les deux ou trois heures ainsi que des médicaments de routine ou spécifiques, en fonction de la complication médicale et du protocole de traitement de l'OMS (étapes 1-7). Lorsque l'appétit est revenu (l'enfant boit le F75 volontiers), on peut introduire progressivement l'aliment thérapeutique prêt à l'emploi (ATPE) (étape 8).

- Une fois que l'enfant peut manger au moins 75 % de la ration de l'ATPE à chaque repas (150 kcal/kg/jour), le soutien nutritionnel peut continuer avec l'ATPE (200 kcal/kg/jour) en fonction du

protocole de l'ATPE et, si la complication médicale est résolue, l'enfant peut passer à la PEC MAS ambulatoire.

- Les enfants avec MAS et complications médicales qui se trouvent à la PEC MAS hospitalière peuvent recevoir l'ATPE immédiatement s'ils ont de l'appétit et peuvent le manger (test de l'appétit passé avec succès).

- Les enfants qui ont été référés de la PEC MAS ambulatoire vers la PEC MAS hospitalière parce qu'ils n'ont pas pris de poids après cinq pesées consécutives ou parce qu'ils ont perdu du poids pendant plus de trois semaines consécutives peuvent également recevoir de l'ATPE s'ils ont de l'appétit.

RÉCUPÉRATION NUTRITIONNELLE DES NOURRISSONS DE MOINS DE 6 MOIS AVEC MAS

Les agents de santé ont besoin d'une formation spéciale portant sur la PEC MAS chez les nourrissons de moins de 6 mois qui sont hospitalisés. Ce traitement exige beaucoup de travail et d'efforts de la part du personnel. La prise en charge de la MAS chez les nourrissons demande généralement l'attention et les soins suivants :

- Si la mère est présente :

  - Récupération nutritionnelle avec conseils intensif et soutien à la mère pour l'allaitement et la technique de succion supplémentaire avec le F100-dilué, afin d'arriver à la reprise de l'allaitement maternel exclusif avec prise de poids adéquate de 20g par jour pendant cinq jours d'allaitement maternel exclusif.

  – Si le nourrisson a des œdèmes bilatéraux, le lait F75 est utilisé jusqu'à ce que les œdèmes aient disparu, ensuite la récupération nutritionnelle repose sur le lait maternel supplémenté par le lait F100-dilué

  – Soins nutritionnels, médicaux et psychologiques pour les mères allaitantes

  – Promotion et soutien de l'allaitement maternel dans tous les cas

- Si la mère n'allaite pas ou si elle est absente :

  – Récupération nutritionnelle avec F100-dilué, traitement médical selon le protocole de l'OMS ou les directives nationales. Il est nécessaire envisager d'autres options d'alimentation continue avec des aliments complémentaires disponibles localement.

Remarque : Les nourrissons de moins de 6 mois ne doivent pas recevoir l'ATPE car ils ne peuvent pas encore avaler des aliments solides.

DOCUMENT 5.7
Aspects pratiques de la sortie de la PEC MAS hospitalière

A. CONTRE RÉFÉRENCE DE LA PEC MAS HOSPITALIÈRE VERS LA PEC MAS AMBULATOIRE

- Les enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère (MAS) dont le traitement à la PEC MAS hospitalière est terminé sont référés vers le site PEC MAS ambulatoire le plus proche pour continuer leur traitement. L'hôpital ou l'autre structure sanitaire avec site PEC MAS hospitalière devrait avoir une liste complète des sites PEC MAS ambulatoire avec l'aire sanitaire qu'ils desservent, pour pouvoir référer l'enfant vers la structure sanitaire la plus proche de sa communauté.

- S'il n'existe pas de site PEC MAS ambulatoire, la PEC MAS ambulatoire devra continuer dans les consultations ambulatoires de la structure sanitaire. Il faut prendre les dispositions nécessaires pour que la mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant ainsi que l'enfant puisse vivre en attendant dans un endroit sans danger et proche de la structure sanitaire de santé si leur domicile est trop éloigné.

- Une fiche de référence sera donnée pour le site PEC MAS ambulatoire avec une partie récapitulant les interventions médicales ainsi que les médicaments donnés à l'enfant.

- **Les enfants sortis de la PEC MAS hospitalière sont prioritaires pour les visites de suivi à domicile pendant leur première semaine en PEC MAS ambulatoire**. Les agents d'extension (agents de santé communautaire [ASC], bénévoles) doivent rendre visite à l'enfant à son domicile pour s'assurer qu'il n'y a pas de problèmes d'alimentation et pour référer l'enfant vers la structure sanitaire la plus proche, dispensant de la PEC MAS hospitalière si son état empire.

- Au moment de la sortie, la mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant reçoit l'aliment thérapeutique prêt à l'emploi (ATPE) pour une semaine jusqu'à ce que la mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant puisse se rendre au site PEC MAS ambulatoire pour continuer le traitement. Les messages clés sur l'emploi de l'ATPE et sur l'hygiène fondamentale sont discutés à nouveau avec la mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant.

- **Remarque:**

  - Il est indispensable d'avoir une étroite collaboration et de partager lesinformations entre la PEC MAS hospitalière et la PEC MAS ambulatoire. Les agents de santé dans les structures sanitaires avec sites PEC MAS hospitalière devraient avoir une bonne connaissance du fonctionnement du site PEC MAS ambulatoire et vice versa.

  - Il est important de disposer de systèmes efficaces de suivi et de compte rendu pour que les enfants ne soient pas perdus entre les deux sites et pour garder la trace de ceux qui ne reviennent pas à cause d'abandon ou de décès. L'utilisation d'un numéro unique d'inscription de l'enfant sur les fiches de référence facilite la transition entre les sites. Lorsque les sites PEC MAS hospitalière utilisent leur propre système pour les numéros d'inscription, il faudra veiller à noter également le numéro d'inscription de l'enfant dans la PCMA.

B. SORTIES DE LA PEC MAS HOSPITALIÈRE QUITTANT EGALEMENT LA PCMA

- Si un enfant est absent pendant deux jours de la PEC MAS hospitalière, il est **classé comme abandon.**

- Si un enfant meurt pendant qu'il est hospitalisé, la cause du décès doit être notée selon les réglementations locales. Si c'est possible, on organisera un moyen de transport pour ramener la mère et le corps de l'enfant à la maison. Il faut également notifier le site PEC MAS ambulatoire où l'enfant est entré dans la PCMA.

C. RÉFÉRENCE VERS LES SOINS TERTIAIRES

- L'enfant dans la PEC MAS hospitalière aura peut-être besoin d'être transféré vers un niveau supérieur de soins, hôpital de référence ou soins tertiaires, pour des complications qui ne peuvent pas être traitées dans la structure sanitaire de premier niveau où il a été référé. Si l'enfant a de l'appétit, on l'enverra vers l'hôpital de référence avec un approvisionnement de l'ATPE ou on vérifiera que cet hôpital dispose d'un approvisionnement de l'ATPE ou des laits thérapeutiques pour les enfants avec MAS qui y sont référés.

DOCUMENT 5.8
Grille de vérification des visites aux sites PEC MAS hospitalière

5.8

Observez les aspects suivants :	
	Inscription
	Critères d'admission
	Procédure d'admission
	Critères de sortie (fin de traitement)
	Procédure de sortie
	Préparation des aliments thérapeutiques (F75, F100, F100-dilué)
	Stockage des aliments thérapeutiques et des médicaments
	Alimentation des enfants avec MAS
	Routines d'alimentation
	Fiche individuelle de suivi de la PEC MAS hospitalière
	Flux d'activités dans la PEC MAS hospitalière
	Procédure de référence
Demandez au personnel :	
	Si la PEC MAS hospitalière fonctionne bien maintenant qu'il existe des sites de la PEC MAS ambulatoire
	Quelle est la différence dans le nombre/types d'enfants qui sont en PEC MAS hospitalière maintenant si on compare aux nombres/types d'enfants avant l'existence de la PEC MAS ambulatoire ?
	Est-il difficile de gérer le nombre de cas ?

EXERCICE 5.1
Référence de la PEC MAS hospitalière vers la PEC MAS ambulatoire

Remplir la fiche de référence, entièrement et exactement avec l'information donnée.

Référé de:			
Référé à:			
Date:		**Heure:**	
Nom:			
Age:	**Poids:**	**PB:**	**Température:**
Raison de la référence:			
Autres classifications:			
Traitement donné avant la référence:			
Vaccinations:		**Posologie de Vitamine A:**	
Non de l'agent de Santé:		**Signature:**	
Lieu:			

Adapté du *Community-based Therapeutic Care (CTC): A Field Manual*

MODULE SIX

LA PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION AIGUË MODÉRÉE

VUE D'ENSEMBLE DU MODULE

Le module traite de diverses questions qui devront être envisagées dans le cas où la prise en charge de la malnutrition aiguë modérée (PEC MAM)i fait partie de la prise en charge à base communautaire de la malnutrition aiguë (PCMA).

Jusqu'à présent, la PEC MAM dans le cadre de la PCMA a surtout été réalisée dans les situations d'urgence à travers les programmes de nutrition supplémentaire (PNS) : le PNS ciblé et le PNS de couverture.

Le module spécifie, qui peut ou doit être admis à la PEC MAM et décrit brièvement le traitement médical et la récupération nutritionnelle avec des rations d'aliments fortifiés utilisés couramment pour la PEC MAM. Le module décrit également la place de l'alimentation supplémentaire comme composante de la PEC MAM. Il prête une attention particulière à la procédure de référence entre les composants de la PCMA, c'est-à-dire, entre la PEC MAM et la PEC MAS ambulatoire ou la PEC MAS hospitalière.

Le présent module devrait être utilisé conjointement avec les directives nationales pour la PEC MAM.

Le module comprend une visite sur le terrain d'une demi-journée dans un site PEC MAM.

PEC MAM: SALLE DE CLASSE

Objectifs d'apprentissage	Documents à distribuer et exercices
1. Décrire certaines stratégies de la PEC MAM	• Document 6.1 Le PNS dans les situations d'urgence • Document 6.2 Principes du PNS dans les situations d'urgence
2. Décrire l'admission et la sortie pour la PEC MAM	• Document 6.3 Procédure d'admission à la PEC MAM • Document 6.4 Critères d'admission et catégories d'entrée pour la PCMA • Document 6.5 Critères de fin de traitement et catégories de sortie pour la PCMA • Document 6.6 Classification de la malnutrition aiguë dans le cadre de la PCMA • Identique à Document 1.6 Classification de la malnutrition aiguë pour la PCMA • Document 6.7 Fiche individuelle de suivi de la PEC MAM
3. Discuter le traitement médical et la récupération nutritionnelle dans la PEC MAM	• Document 6.8 Protocoles de traitement médical pour la PEC MAM • Document 6.9 Protocoles de récupération nutritionnelle pour la PEC MAM • Document 6.10 Produits alimentaires utilisés pour la PEC MAM • Document 6.11 Fiche de rations de la PEC MAM
4. Pratiquer les procédures de référence de la PEC MAM vers la pec mas ambulatoire ou hospitalière	• Document 6.12 Fiche de référence de la PCMA • Exercice 6.1 Références dans le cadre de la PCMA
Synthèse et évaluation du module	

MATERIEL

- Directives et protocoles nationaux pour la PEC MAM, s'ils sont disponibles
- Exemplaires des fiches de suivi et des fiches de rations de la PEC MAM
- Exemplaires du **Document 6.12 Fiche de référence de la PCMA**
- Documents à distribuer et exercices
- Fiches avec critères d'admission
- Grandes feuilles
- Feutres
- Papier cache

PRÉPARATION À L'AVANCE

- Organiser et préparer la pièce, le matériel
- Préparation d'un ensemble de fiches avec les critères d'admission et de sortie inscrits sur chacune pour la PCMA (PEC MAM, PEC MAS hospitalière, PEC MAS ambulatoire)

DURÉE DU MODULE : DEUX HEURES EN SALLE DE CLASSE SUIVIES D'UNE VISITE D'UN SITE PEC MAM D'UNE DEMIE JOURNEE

Remarque : Suivant les besoins du public, les formateurs pourront omettre certains objectifs d'apprentissage et certaines activités et en approfondir d'autres. La durée du module est une estimation du temps qu'il faut pour achever tous les objectifs et activités d'apprentissage.

OBJECTIF D'APPRENTISSAGE 1 : Décrire certaines stratégies de la PEC MAM

OA.1

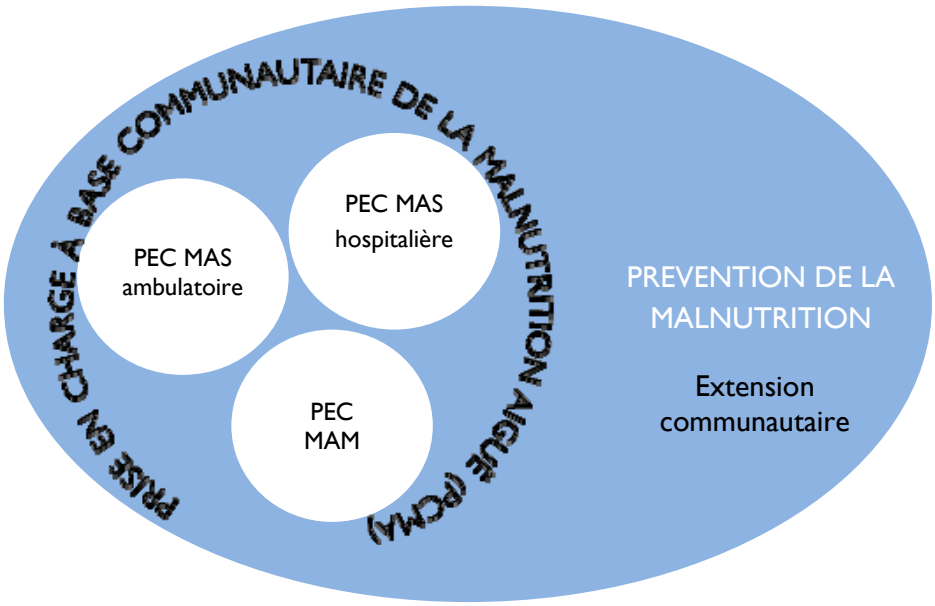
FORMATEUR : Prenez connaissance du **Document 6.1 Le PNS dans les situations d'urgence** et du **Document 6.2 Principes du PNS dans les situations d'urgence**.

Groupes de travail : Le rôle de la PEC MAM dans le cadre de la PCMA. Formez des groupes de travail de cinq participants. Dessinez la **Figure 1** sur une grande fiche. Demandez aux participants de répondre aux questions suivantes en groupes :

- Qu'est-ce que la PEC MAM dans le contexte de la PCMA ?
- Pourquoi la PEC MAM est-elle nécessaire ?
- Pourquoi la PEC MAM représente-elle le volet le plus important de la PCMA ?

Demandez aux groupes de partager leurs réponses en plénière. Discutez-en et comblez les lacunes.

Figure 1. Composantes de la PCMA



Exposé participatif : But et types d'alimentation supplémentaire de la PEC MAM. Expliquez aux participants que la PEC MAM tel qu'elle est dispensée dans le contexte d'urgence, sera le point central de la discussion. Demandez si l'un d'entre eux peut définir ce qu'est la PEC MAM avec une alimentation supplémentaire : certains d'entre eux ont-ils déjà travaillé dans un programme de nutrition supplémentaire ? Comblez les lacunes avec la définition de l'alimentation supplémentaire qui se trouve dans le **Document 6.1 Le PNS dans les situations d'urgence.**

Expliquez la différence entre les programmes de nutrition supplémentaire (PNS) ciblé et PNS de couverture, en soulignant que la PEC MAM discutée dans le cadre de la PCMA a comme stratégie une prise en charge médicale et nutritionnelle avec une alimentation supplémentaire ciblée pour les cas avec MAM. Demandez aux participants de se reporter au **Document 6.1** et au **Document 6.2 Principes du PNS dans les situations d'urgences**, aux fins de référence future.

OA.1

Continuez à couvrir les points essentiels du **Document 6.1, Sections B et C** pour expliquer la PEC MAM en tant qu'intervention d'urgence dans le contexte de la PCMA, présentez les objectifs d'une PEC MAM et indiquez quand il faut démarrer et fermer un PNS ciblé d'urgence. Posez des questions pour vérifier le niveau de compréhension. Demandez aux participants pourquoi il est souvent avisé de garder les activités de la PEC MAM séparées de la PEC MAS ambulatoire et des activités continues de la structure sanitaire (réponse : car la distribution de rations alimentaires attire de grandes foules et cela peut perturber les activités ordinaires de la structure sanitaire). Faites également ressortir les points clés suivants :

- La PEC MAM fait partie de la PCMA. Elle peut être organisée par les mêmes acteurs que ceux qui dirigent la PEC MAS ou par d'autres. Mais un bon lien entre les composantes doit être respecté de sorte que les enfants puissent facilement être référés avec un risque de perte réduite.
- Une étroite collaboration entre la PEC MAM, la PEC MAS ambulatoire et la PEC MAS hospitalière est indispensable pour assurer une procédure de référence harmonieuse, surtout lorsque les différentes composantes de la PCMA sont générées par des acteurs différents.
- Les œdèmes bilatéraux, le périmètre brachial (PB) et le gain de poids sont vérifiés lors de chaque séance pour identifier les enfants qui doivent être orientés vers la PEC MAS ambulatoire ou la PEC MAS hospitalière. Si on utilise le rapport P/T, la taille doit être prise chaque mois.
- Les enfants qui sortent de la PEC MAS ambulatoire devraient être admis automatiquement à la PEC MAM, quels que soient les critères d'entrée, et devraient y rester au minimum deux mois (en fonction des directives nationales).

Discussion en groupe : PCMA en l'absence de la PEC MAM ou PNS ciblé**.** Expliquez aux participants que, dans certains cas, il n'existe pas de PEC MAM, par exemple lorsque la PEC MAS ambulatoire fait partie des soins de santé de routine dans une situation de non urgence ou dans un contexte de sécurité alimentaire ou encore lorsqu'une certaine forme d'alimentation supplémentaire pour la PEC MAM fait déjà partie des interventions de survie de l'enfant ou d'un autre programme national de santé. Tel peut également être le cas après une urgence lorsque les ressources pour le PNS ne sont plus disponibles ou que la prévalence de la malnutrition aiguë a nettement reculé.

Demandez aux participants comment les critères d'admission et de sortie de la PEC MAS ambulatoire peuvent être ajustés pour vérifier que ceux qui ont récupéré et se sont remis de la MAS continuent à prendre du poids. Expliquer le **Point 1** du **Document 6.1, Section D**. Demandez aux participants comment les rations peuvent être utilisées pour atteindre le même but. Discutez des **points 2 et 3** du **Document 6.1, Section D** dans le même contexte.

Groupes de travail : Relier aux programmes de prévention. Demandez aux participants de former des groupes de travail par région/district. Introduisez le **Point 4** du **Document 6.1, Section D.** Demandez aux participants de réfléchir aux questions suivantes :

- Existe-t-il une PEC MAM continue dans votre district?
- Quels sont les autres services ou programmes de nutrition de prévention qui existent et comment établir des liens entre ces programmes et la PEC MAM ?

Demandez à un groupe de partager ses réponses et aux autres groupes d'ajouter leurs informations. Discutez et comblez les lacunes.

OBJECTIF D'APPRENTISSAGE 2 : Décrire l'admission et la sortie pour la PEC MAM

OA.2

FORMATEUR : Prenez connaissance du **Document 6.3 Procédure d'admission à la PEC MAM**, **Document 6.4 Critères d'admission et catégories d'entrée pour la PCMA**, **Document 6.5 Critères de fin de traitement et catégories de sortie pour la PCMA**, **Document 6.6 Classification de la malnutrition aiguë dans le cadre de la PCMA** et **Document 6.7 Fiche individuelle de suivi de la PEC MAM.**

Exposé participatif : Procédure d'admission à l'alimentation supplémentaire. Décrivez aux participants les points en gras mentionnés dans le **Document 6.3, Section A.** Répondez aux questions.

Réponse suscitée et discussion en groupe : Critères d'admission et de sortie pour la PEC MAM. Demandez aux participants de nommer les critères d'admission à la PEC MAM. Un grand nombre des critères seront analogues à ceux notés dans le **Module 4** comme critères de sortie de la PEC MAS ambulatoire. Marquez les réponses sur la grande fiche. Demandez aux participants de se reporter au **Document 6.3 Procédure d'admission à la PEC MAM** et au **Document 6.4 Critères d'admission et catégories d'entrée pour la PCMA.** Revoyez le texte et le tableau, en notant les divergences dans les réponses sur la grande fiche. Notez brièvement les critères d'admission pour les femmes enceintes et allaitantes avec nourrissons de moins de 6 mois et avec MAM et indiquez également que les enfants avec MAM qui ont des complications médicales sont quand même admis à la PEC MAM mais sont référés vers un traitement médical et reviennent lorsque la complication médicale est résolue. Discutez et comblez les lacunes.

Revoyez brièvement avec les participants le **Document 6.5 Critères de fin de traitement et catégories de sortie pour la PCMA** et **Document 6.6 Classification de la malnutrition aiguë dans le cadre de la PCMA**. Répondez aux questions.

Pratique : Critères d'admission à la PEC MAS hospitalière, à la PEC MAS ambulatoire et à la PEC MAM. Indiquez aux participants que vous allez remplir une fiche avec un critère d'admission à la PEC MAS hospitalière, à la PEC MAS ambulatoire ou à la PEC MAM. Demandez-leur d'identifier à quels soins s'applique le critère d'admission et d'en donner la raison. Répétez jusqu'à ce que les participants connaissent bien la réponse ou utilisez les tableaux de référence si nécessaire.

Revue : Fiche de rations de la PEC MAM. Demandez aux participants de se reporter au **Document 6.7 Fiche individuelle de suivi de la PEC MAM** et revoyez brièvement l'information qui y figure. Discutez des différences entre la fiche individuelle de suivi de la PEC MAM et la fiche individuelle de suivi de la PEC MAS ambulatoire.

OBJECTIF D'APPRENTISSAGE 3: Discuter du traitement médical et de la récupération nutritionnelle dans la PEC MAM

OA.3

FORMATEUR : Prenez connaissance du **Document 6.8 Protocoles de traitement médical pour la PEC MAM, Document 6.9 Protocoles de récupération nutritionnelle pour la PEC MAM, Document 6.10 Produits alimentaires utilisés pour la PEC MAM et Document 6.11 Fiche de rations de la PEC MAM.**

Exposé participatif : Traitement médical dispensé dans la PEC MAM. Expliquez aux participants les médicaments de routine pour la PEC MAM : Vitamine A, vermifuges, fer, acide folique et autres traitements. Demandez aux participants de se reporter au **Document 6.8 Protocoles de traitement médical pour la PEC MAM.** Répondez aux questions.

Lecture et discussion: Récupération nutritionnelle. Demandez aux participants de revoir en silence le **Document 6.9 Protocoles de récupération nutritionnelle pour la PEC MAM** et le **Document 6.10 Produits alimentaires utilisés pour la PEC MAM**. Répondez aux questions.

Revue : Fiche de rations de la PEC MAM. Demandez aux participants de se reporter au **Document 6.11 Fiche de rations de la PEC MAM** et passez en revue les informations qui figurent sur la fiche. Discutez des différences avec la fiche de rations de l'aliment thérapeutique prêt à l'emploi (ATPE), utilisée dans la PEC MAS ambulatoire et des raisons pour lesquelles les deux fiches sont différentes.

OBJECTIF D'APPRENTISSAGE 4 : Pratiquer les procédures de référence de la PEC MAM vers la PEC MAS ambulatoire ou la PEC MAS hospitalière

OA.4

FORMATEUR : Prenez connaissance du **Document 6.12 Fiche de référence** de la PCMA et de l'**Exercice 6.1 Références dans le cadre de la PCMA**.

Revue : Utiliser les fiches de référence. Demandez aux participants de se reporter au **Document 6.12 Fiche de référence de la PMA,** en notant que c'est la même fiche de référence qu'ils ont utilisé dans les modules traitant de la PEC MAS ambulatoire et de la PEC MAS hospitalière. Demandez-leur s**'ils ont des questions.**

Pratique : Références venant de la PEC MAM. Demandez aux participants de former des paires. Demandez-leur de se reporter à l'**Exercice 6.1 Références dans le cadre de la PCMA** et distribuer des exemplaires des fiches de référence. Demandez aux participants de lire les exemples, et expliquez que trois enfants viennent se présenter à la PEC MAM. Les participants doivent décider de l'action qu'il faut entreprendre et remplir le cas échéant une fiche de référence. Demandez à une paire de faire le compte rendu pour l'Enfant A et ensuite demandez aux autres paires d'ajouter les informations supplémentaires. Répétez pour l'Enfant B et l'Enfant C. En utilisant la fiche de réponses ci-dessous, apprenez aux participants à combler les lacunes.

Exercice 6.1 Références dans le cadre de la PCMA (fiche de réponses)

Enfant A

Question : L'enfant A a été admis à la PEC MAM avec un périmètre brachial (PB) de 116 mm, un poids de 10 kg et sans complications médicales. Lors de la seconde pesée, l'enfant a des œdèmes bilatéraux sur les pieds. Quelle est l'action qu'il faut entreprendre ?

Réponse : L'enfant A doit être référé vers la PEC MAS ambulatoire. En principe, l'enfant a reçu une fiche de référence au moment de l'admission à la PEC MAM. Il faut remplir une fiche de référence vers la PEC MAS ambulatoire en mettant en haut le numéro d'inscription de l'enfant. Ainsi on vérifie que l'enfant n'est perdu dans le système. Une fois que l'enfant a récupéré dans la PEC MAS ambulatoire, il/elle peut venir à la PEC MAM.

Il est important d'expliquer à la mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant pourquoi l'enfant est envoyé vers la PEC MAS ambulatoire et comment les choses vont se dérouler. La mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant doit comprendre qu'une fois que l'enfant a récupéré dans la PEC MAS ambulatoire, il/elle reviendra à la PEC MAM.

Enfant B

Question : L'enfant B a été référé à la PEC MAM par un agent d'extension communautaire avec un PB de 118 mm. A l'admission, l'infirmière constate que l'enfant n'a pas d'appétit et qu'il a une fièvre très élevée. Quelle est l'action qu'il faut entreprendre ?

Réponse : L'enfant B doit être référé à l'hôpital pour recevoir un traitement médical conformément au protocole d'action et traité selon les protocoles de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME) et les protocoles nationaux. L'enfant reçoit une fiche de référence. On doit prendre les dispositions nécessaires, si possible, pour disposer d'un moyen de transport. Une fois que l'enfant a récupéré, il revient à la PEC MAM. Il est important d'expliquer à la mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant pourquoi l'enfant est

envoyé à l'hôpital et ce qui va se passer.

OA.4

Enfant C

Question : L'enfant C a été admis à la PEC MAM avec un PB de 119 mm. Après quatre semaines (troisième pesée), l'enfant a perdu du poids et son PB est 116 mm. L'enfant a la diarrhée et peu d'appétit. Vous voulez envoyez l'enfant vers la PEC MAS ambulatoire mais la mère refuse. Que faites-vous dans ce cas ?

Réponse : La mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant préfère peut-être la PEC MAM car les aliments qui sont distribués peuvent être utilisés pour toute la famille ou encore parce qu'il ne faut venir que toutes les deux semaines ou une fois par mois à la PEC MAM. Expliquez donc attentivement à la mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant pourquoi la PEC MAS ambulatoire est nécessaire et quels en sont les avantages. Dans la plupart des cas, une fois que la mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant voit que l'état de l'enfant s'améliore rapidement dans la PEC MAS ambulatoire, la question ne se pose plus. Si elle vit trop loin et que la distance s'avère un problème, il est probablement possible de fournir l'aliment thérapeutique prêt à l'emploi (ATPE) toutes les deux semaines à la place d'une fois par semaine. La mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant doit également recevoir une ration familiale si elle est disponible pendant que l'enfant se trouve dans la PEC MAS ambulatoire.

SYNTHÈSE ET ÉVALUATION DU MODULE

Revoir les objectifs d'apprentissage et remplir la fiche d'évaluation.

- Revoyez les objectifs d'apprentissage du module. Dans ce module, vous avez :

  1. Décrit certaines stratégies pour la PEC MAM
  2. Défini l'admission et la sortie pour la PEC MAM
  3. Discuté du traitement médical et de la récupération nutritionnelle dans la PEC MAM
  4. Pratiqué les procédures de références de la PEC MAM vers la PEC MAS ambulatoire ou la PEC MAS hospitalière

- Demandez s'ils ont des questions et quel est leur feedback sur le module. Rappelez aux participants qu'ils auront l'occasion d'observer les procédures et de discuter avec le personnel lors de la visite de sites de la PEC MAM.

- En dernier lieu, demandez aux participants de remplir la fiche d'évaluation du module.

VISITE SUR LE TERRAIN POUR LA PEC MAM

VUE D'ENSEMBLE

- Un maximum de cinq participants devrait se trouver à un jour donné à chaque site PEC MAM. Coordonner avec autant de sites que possible pour garder le nombre de participants à cinq au plus.
- Mettez les participants en paires avec quelqu'un qui parle la langue locale ainsi que leur langue.
- Présentez les participants à la personne responsable.

Objectifs d'apprentissage	Documents à emporter à la visite de sites de la PEC MAM
1. Revoir les procédures d'admission, de la prise en charge et de sortie de la PEC MAM	• Document 6.2 Principe du PNS dans les situations d'urgences • Document 6.4 Critères d'admission et catégories d'entrée pour la PCMA • Document 6.5 Critères et catégories de sortie pour la PCMA • Document 6.13 Grille de vérification de la visite sur le terrain pour la PEC MAM
2. Observer et discuter des procédures d'admission, de la prise en charge, de sortie et de référence de la PEC MAM	

OBJECTIF D'APPRENTISSAGE 1 DE LA VISITE SUR LE TERRAIN : Revoir les procédures d'admission, de la prise en charge et de sortie de la PEC MAM

A lire la veille : Procédures d'admission et de sortie pour la PEC MAM

En préparation à la visite sur le terrain de sites de la PEC MAM, demandez aux participants de revoir le **Document 6.2 Principes du PNS dans les situations d'urgence**, **Document 6.4 Critères d'admission et catégories d'entrée pour la PCMA** et **Document 6.5 Critères et catégories de sortie pour la PCMA**.

Brainstorming, exposé participatif : procédures d'admission et de sortie pour la PEC MAM

- Avant l'observation des procédures sur place (par exemple, lors d'une petite réunion avant d'arriver sur le site), demandez aux participants de nommer les procédures d'admission et de sortie.
- Comblez les lacunes en revoyant brièvement les procédures d'admission et de sortie, dans le cadre d'un exposé participatif.

OBJECTIF D'APPRENTISSAGE 2 DE LA VISITE SUR LE TERRAIN : Observer et discuter les procédures d'admission, de la prise en charge, de sortie et de référence de la PEC MAM

FORMATEUR : Prenez connaissance du **Document 6.13 Grille de vérification de la visite sur le terrain pour la PEC MAM.**

Feedback / discussion : Séance de suivi de la visite sur le terrain pour la PEC MAM

Après la visite sur le terrain pour la PEC MAM, organisez une séance de feedback pendant laquelle les participants pourront :

- Donner du feedback sur les aspects positifs qu'ils ont observés dans le site PEC MAM
- Poser des questions pour avoir un complément d'explication par les formateurs
- Identifier les principales lacunes demandant plus de temps d'observation sur le site PEC MAM

MODULE SIX

LES DOCUMENTS POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION AIGUË MODÉRÉE

Objectifs d'apprentissage	Documents à distribuer et exercices
1. Décrire certaines stratégies de la PEC MAM	• Document 6.1 Le PNS dans les situations d'urgence • Document 6.2 Principes du PNS dans les situations d'urgence
2. Décrire l'admission et la sortie pour la PEC MAM	• Document 6.3 Procédure d'admission à la PEC MAM • Document 6.4 Critères d'admission et catégories d'entrée pour la PCMA • Document 6.5 Critères de fin de traitement et catégories de sortie pour la PCMA • Document 6.6 Classification de la malnutrition aiguë dans le cadre de la PCMA • Document 6.7 Fiche individuelle de suivi de la PEC MAM
3. Discuter le traitement médical et la récuperation nutritionnelle dans la PEC MAM	• Document 6.8 Protocoles de traitement médical pour la PEC MAM • Document 6.9 Protocoles de récupération nutritionnelle pour la PEC MAM • Document 6.10 Produits alimentaires utilisés pour la PEC MAM • Document 6.11 Fiche de rations de la PEC MAM
4. Pratiquer les procédures de référence de la PEC MAM vers la PEC MAS ambulatoire ou hospitalière	• Document 6.12 Fiche de référence de la PCMA • Exercice 6.1 Références dans le cadre de la PCMA
Synthèse et évaluation du module	

DOCUMENT 6.1
Le PNS dans les situations d'urgence

A. BUT DU PNS

La prise en charge de la malnutrition aiguë modérée (PEC MAM) organisée dans un contexte d'urgence est connue sous l'appellation **Programme de nutrition supplémentaire (PNS).** Son but consiste à traiter la malnutrition aiguë modérée (MAM) chez les enfants de 6 à 59 mois et les autres groupes vulnérables, comme les femmes enceintes malnutries et les femmes qui allaitent avec des nourrissons de moins de 6 mois qui sont elles-mêmes malnutries ou qui ont un bébé malnutri.

Remarque : Dans les cas où les nourrissons de moins de 6 mois sont malnutris, ils doivent être référés vers la prise en charge hospitalière de la malnutrition aiguë sévère (PEC MAS hospitalière) où les nourrisson et leurs mères reçoivent un traitement spécialisé. Si les mères avec nourrissons < 6 mois souffrent de MAM (ou de malnutrition aigüe sévère [MAS]) elles mêmes, elles doivent être admises à la PEC MAM (ou la PEC MAS).

Il existe deux types d'intervention de nutrition supplémentaire dans les situations d'urgence :

Programme de nutrition supplémentaire de couverture (Blanket supplementary feeding programme – bSFP): Une ration d'aliment supplémentaire est donnée à tout le monde sans exception au sein d'un groupe vulnérable identifié sur une période définie. Il peut s'agir de tous les enfants de 6 mois à 23 mois, 35 mois ou 59 mois et de toutes les femmes enceintes et allaitantes avec un nourrisson de moins de 6 mois, quel que soit leur état nutritionnel. Les critères anthropométriques ne sont pas utilisés pour l'admission. Le PNS de couverture est utilisé dans les cas où la prévalence de la malnutrition aiguë est élevée, lorsqu'il existe un grand nombre de personnes vulnérables pendants une certain période d' insécurité alimentaire et/ou que les distributions alimentaires générales sont insuffisantes. Il peut être employé lors de certains pics saisonniers, en période de soudure ou en cas de choc.

Le **PNS de couverture** vise à prévenir la malnutrition aiguë et à traiter la malnutrition modérée pour le groupe ciblé. Il s'agit de l'attribution d'un aliment supplémentaire à la nourriture familiale donc une distribution générale doit être envisagée pour la population (vulnérable). On pourrait dans certains cas y ajouter un paquet minimum de soins.

Programme de nutrition supplémentaire ciblé (targeted supplementary feeding programme - tSFP): Une ration d'aliment supplémentaire est donnée aux personnes avec MAM au sein de groupes vulnérables spécifiques. Il s'agit généralement de tous les enfants âgés de 6 à 59 mois avec MAM et de femmes enceintes et allaitantes avec un nourrisson de moins de 6 mois avec MAM. Il peut aussi s'agir de personnes avec des besoins spéciaux comme les personnes vivant avec le VIH (PVVIH), de personnes atteintes de tuberculose (TB) et de personnes âgées. Généralement, on utilise des critères anthropométriques spécifiques pour l'entrée et la sortie de ces programmes.

Le PNS ciblé vise à traiter la malnutrition modérée. Il s'agit d'un paquet minimum de soins et l'attribution d'un aliment supplémentaire à la nourriture familiale donc l'alimentation générale de la population (vulnérable) doit être considérée.

La PEC MAM dans le cadre de la PCMA traitée dans le présent module suit les directives du **PNS ciblé.**

Programme de repas préparés et consommés sur place - de couverture ou ciblé (Wet feeding): Dans de rares situations des repas sont préparés et consommés sur place visant une population ciblée avec MAM ou selon le groupe d'âge.

B. PNS CIBLÉ DANS LE CONTEXTE DE LA PCMA

- Dans les cas d'urgence lorsque la population dépend de l'assistance alimentaire externe, une ration générale devient une priorité en vue de toucher le nombre maximum de personnes et de prévenir une malnutrition générale. Normalement, il ne faudrait pas mettre en place un PNS avant que ne soit distribuée la ration générale. De même, dans les cas d'urgence, le PNS sera prioritaire et devra être mise en place avant la PEC MAS ambulatoire et la PEC MAS hospitalière de la PCMA.

- Un PNS est mis en œuvre par le biais d'un grand nombre de sites décentralisés. Ils devraient se trouver à une journée de marche (aller-retour) pour les bénéficiaires. Ils devraient se situer proches des sites PEC MAS ambulatoire car cela facilitera les références entre la PEC MAS ambulatoire et le PNS.

- Si le PNS et la PEC MAS ambulatoire sont dispensés sur le même site, cela attire souvent une grande foule de personnes. Une bonne organisation s'avère dès lors nécessaire pour gérer un tel nombre de personnes et éviter que cela ne perturbe la PEC MAS ambulatoire. Il vaut donc mieux avoir un PNS dans les alentours plutôt que de le mettre en place dans les structures sanitaires en vérifiant qu'il existe de solides liens de référence.

C. OBJECTIFS D'UN PNS CIBLÉ ET QUAND FAUT-IL DÉMARRER ET FERMER UN TEL PROGRAMME

- Les objectifs d'une intervention de PNS doivent être mesurables et, dans la plupart des cas, doivent être atteints sur une période définie. Les objectifs précis doivent dépendre du contexte et des ressources disponibles. Ils pourront être du type suivant:
  - Réduire la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans avec MAM
  - Traiter et éviter que n'empire l'état nutritionnel chez les enfants avec MAM
  - Eviter que n'empire l'état nutritionnel des femmes enceintes et allaitantes

- La décision de démarrer un PNS ciblé dans un contexte d'urgence est souvent due à une prévalence élevée de la MAM et/ou une présence des facteurs aggravants, par exemple un taux brut de mortalité supérieur à 1 pour 10 000 par jour, une épidémie de rougeole, une prévalence élevée de maladies respiratoires ou diarrhéiques, un environnement insalubre, une aide alimentaire insuffisante et/ou un système de distribution alimentaire peu fiable.

- Des diagrammes décisionnels peuvent être utilisés comme directives pour savoir quand il faut ouvrir et fermer un PNS. Servant de simples guides, ils doivent convenir dans le contexte du PNS, de ses objectifs précis et du calendrier.

- La décision de fermer un PNS dépendra des objectifs du PNS. Le mieux, évidement, est de cesser le PNS ciblé une fois qu'une enquête nutritionnelle a montré clairement que la malnutrition aiguë globale (MAG) a régressé au sein de la population en passant à des niveaux inférieurs aux seuils d'urgence et que les facteurs aggravants n'existent plus.

D. LORSQU'IL N'EXISTE PAS DE PNS CIBLÉ

Dans certaines situations, le PNS ciblé n'est pas disponible. Tel sera probablement le cas lorsque la PEC MAS ambulatoire fait partie des soins de santé de routine dans les situations de non urgence ou dans un contexte de sécurité alimentaire. Dans les situations de non urgence, on pourra intégrer une PEC MAM aux soins de santé de routine ou à travers les interventions pour la survie de l'enfant ou autre programme national. En Ethiopie, par exemple, la distribution des aliments supplémentaires fait partie de la stratégie d'extension communautaire renforcée pour la survie de l'enfant. Tel sera également le cas après une urgence lorsque les ressources ne sont plus disponibles pour le PNS et/ou lorsque la prévalence de la malnutrition aiguë a nettement reculé.

Voici quelques options qu'on envisagera pour vérifier que les enfants qui se remettent de la MAS continuent de prendre du poids et éviter ainsi qu'ils ne doivent être réadmis :

1. Lorsque la MAG est élevée et qu'il n'a pas été possible de mettre en place un PNS, adapter les critères de sortie de la PEC MAS ambulatoire.

2. Si c'est une réponse à une situation d'urgence, plaidoyer pour une distribution alimentaire générale aux familles avec enfants malnutris ou donner une ration alimentaire familiale dans la PEC MAS ambulatoire.
   - Une ration d'un aliment mélangé fortifié (AMF) peut être donnée toutes les deux semaines dans la PEC MAS ambulatoire à la mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant (généralement 4,5 kg de l'AMF toutes les deux semaines). On donne cet aliment comme une ration alimentaire familiale pour éviter que ne soit partagé l'aliment thérapeutique prêt à l'emploi (ATPE). La ration sera mise à disposition et distribuée par le Programme alimentaire mondial (PAM) ou les organismes gouvernementaux. Cette distribution idéalement devrait toujours faire partie de la PEC MAS ambulatoire en cas d'urgence ou d'insécurité alimentaire.

3. Donner une ration alimentaire à la sortie de la PEC MAS ambulatoire.
   - Si l'accès aux aliments supplémentaires est possible ou autorisé, une ration alimentaire peut être donnée à la sortie de la PEC MAS ambulatoire (l'équivalent de deux mois de rations supplémentaires) pour éviter la réadmission.

4. Relier aux programmes de prévention.
   - Une fois que les enfants ont été traités pour la MAS ou la MAM, ces enfants ainsi que leur mère ou accompagnant(e) devraient être mis en contact avec les programmes de nutrition de prévention pour aider à éviter qu'ils ne souffrent à nouveau de malnutrition. Un grand nombre de cas de sous-nutrition peuvent être évités par le biais d'autres interventions encourageant la croissance de l'enfant (par exemple, le programme de croissance à assise communautaire [PCAC], le programme pour la survie de l'enfant, le programme d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant [ANJE]). Ces programmes offrent des conseils en santé et nutrition, en réalisant des interventions de communication et d'éducation et apportent un soutien en général aux mères ou accompagnant(e)s des enfants.

DOCUMENT 6.2
Principes du PNS dans les situations d'urgence

Source : Adapté des directives du Programme alimentaire mondial (PAM) pour l'alimentation supplémentaire (PAM 1999)

Alimentation supplémentaire généralisée	**Alimentation supplémentaire ciblée**
Un PNS de couverture (bSFP) à des fins de prévention peut être mis en place s'il n'existe pas de ration complète de base dans l'une ou plusieurs des circonstances suivantes : • Problèmes au niveau de la fourniture/distribution de la ration générale • Prévalence de la malnutrition aiguë, surpassant 15% à 20% parmi les enfants de moins de 5 ans. • Prévalence de la malnutrition aiguë, surpassant 10% à 15% parmi les enfants de moins de 5 ans, plus facteurs aggravants* • Grave insécurité alimentaire de nature saisonnière	Mise sur pied d'un PNS ciblé (tSFP) pour des personnes données avec MAM au sein de groupes vulnérables dans l'une ou plusieurs des circonstances suivantes : • Prévalence de la malnutrition aiguë, surpassant 10% chez les enfants de moins de 5 ans • Prévalence de la malnutrition aiguë, surpassant 5% à 9% parmi les enfants de moins de 5 ans, plus facteur aggravants*
* Eventuels facteurs aggravants : taux brut de mortalité supérieur à 1 pour 10 000 par jour, épidémie de rougeole, prévalence élevée de maladies respiratoires ou diarrhéiques, insalubrité du milieu, niveaux élevés d'insécurité alimentaire et système de distribution alimentaire peu fiable.	

Quand fermer un PNS ciblé

Un PNS ciblé peut être fermé quand la prévalence de la malnutrition aiguë globale (MAG) est inférieure à 10% sans facteurs aggravants et lorsque sont satisfaites les conditions suivantes :

- Les distributions alimentaires générales sont fiables et adéquates ou la sécurité alimentaire est acceptable.
- Il existe des mesures efficaces de santé publique et de lutte contre les maladies.
- N'est prévue aucune détérioration saisonnière de l'état nutritionnel.
- La taille de la population est stable, aucun nouveau déplacement n'étant prévu.

Remarque : Dans certains cas lorsque la MAG est inférieure à 10% mais que le nombre absolu d'enfants malnutris reste considérable, il n'est pas toujours indiqué de fermer le PNS ciblé. Cela s'applique également aux situations instables d'insécurité alimentaire où le PNS s'avère souvent nécessaire comme filet de protection.

DOCUMENT 6.3
Procédure d'admission à la PEC MAM

PROCÉDURE D'ADMISSION

- Les enfants directement admis à la PEC MAM reçoivent un numéro d'inscription individuel qui reste le même dans tous les documents (registre, fiche de suivi et fiche de rations).

- Une fiche individuelle de suivi de la PEC MAM est remplie pour toutes les admissions.

- Une fiche de rations de la PEC MAM est donnée à la mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant au moment de l'admission. La mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant garde la fiche.

- La quantité d'informations minimum notées sur la fiche individuelle de suivi de la PEC MAM doit être gardée :

  Au moment de l'admission il est indiqué : numéro d'inscription, nom, lieu d'origine, indicateurs à l'admission (périmètre brachial [PB], poids et taille, rapport P/T).

  Lors de chaque séance, le PB et le poids sont notés. Si le rapport P/T est utilisé, la taille est notée lors de l'admission et une fois par mois jusqu'à la sortie.

  Au moment de la sortie : périmètre brachial [PB], poids, taille, rapport P/T et catégorie de sortie.

ENFANTS DE 6 A 59 MOIS

- Un dépistage des enfants est effectué par les agents d'extension communautaire (agents de santé communautaire [ASC], bénévoles) en utilisant le PB et ensuite les enfants souffrant malnutrition aiguë sont référés vers un site PCMA ou un site PEC MAM directement. Ou alors les enfants sont admis par voie d'autoréférence : la mère ou l'accompagnant(e)s de l'enfant amène l'enfant à la structure sanitaire ou l'enfant est dépisté avec une malnutrition aiguë.

- Les enfants avec MAM sans complications médicales sont admis d'office à la PEC MAM. Les enfants avec MAM et complications médicales sont référés immédiatement vers une structure sanitaire où ils pourront être traités et/ou un examen supplémentaire pourra être fait. Ils devront avoir accès à un aliment supplémentaire riche en nutriments. Ils pourront revenir à la PEC MAM dès que leur complication médicale sera résolue.

- Les admissions comptent également les enfants qui sortent de la PEC MAS ambulatoire parce qu'ils sont guéris et sont admis à la PEC MAM pour un temps donné (deux mois ?) quel que soit leur état anthropométrique actuel, pour continuer leur récupération.

- Le PB et la présence des œdèmes bilatéraux sont les deux critères utilisés pour le dépistage des enfants de moins de 5 ans avec malnutrition aiguë dans la communauté. Le PB et/ou le rapport P/T sont les critères utilisés pour l'admission à la PEC MAM.

- Certains acteurs utilisent des critères doubles, à savoir pour le dépistage communautaire ils utilisent le PB et pour l'admission ils utilisent le rapport P/T. L'utilisation de différents critères pour le dépistage et l'admission augmente le nombre d'enfants qui sont refusés à l'admission, comme les enfants dépistés avec un critère et qui ne sont pas nécessairement éligibles à l'admission avec l'utilisation du second critère, ce qui entraine toutes les répercussions négatives que cela suppose sur l'accès et la fréquentation de la PCMA.

- La communauté internationale n'a pas encore adopté le PB comme critère indépendant d'admission au programme de nutrition supplémentaire. Des recherches sont en cours et une déclaration conjointe des organisations internationales pour l'accepter est prévue en 2010.

NOURRISSONS DE MOINS DE 6 MOIS AVEC MAM

- Les nourrissons de moins de 6 mois ne sont jamais inclus dans la PEC MAM. Si un nourrisson de moins de 6 mois souffre de malnutrition aiguë (avec ou sans complications médicales) ou si la mère n'a pas suffisamment de lait et que l'enfant court un risque élevé de malnutrition, la mère et le nourrisson sont référés tous les deux vers la PEC MAS hospitalière ou ils reçoivent des soins spécialisés.

ENFANTS SÉROPOSITIFS – VIH AVEC MAM

- Les enfants avec MAM qui sont séropositifs-VIH peuvent être référés vers la PEC MAM ou la PEC MAS ambulatoire ou la PEC MAS hospitalière en fonction des directives nationales. On ne sait pas si ces enfants ont des besoins énergétiques et nutritionnels plus spécifiques ou si l'alimentation supplémentaire les aiderait ou non. Des recherches sont en cours sur le traitement des enfants séropositifs malnutris.

FEMMES ENCEINTES ET ALLAITANTES

- Dans les cas d'urgence, les femmes enceintes ou allaitantes avec un nourrisson de moins de 6 mois avec MAM sont prises en charge à la PEC MAM, généralement en utilisant le PB comme critère d'admission.

DOCUMENT 6.4
Critères d'admission et catégories d'entrée pour la PCMA

6.4

CRITÈRES D'ADMISSION POUR LA PCMA

PEC MAS hospitalière	PEC MAS ambulatoire	PEC MAM
Critères d'admissions pour les enfants de 6-59 mois		
☐ Œdèmes bilatéraux +++ **Ou** ☐ Kwashiorkor avec marasme: Tout degré d'œdèmes bilatéraux avec émaciation grave **Ou** ☐ Œdèmes bilatéraux + ou ++ ou émaciation grave **avec** l'une quelconque des complications médicales suivantes : • Anorexie, manque d'appétit • Vomissements persistants • Convulsions • Léthargie, n'est pas alerte • Perte de connaissance • Infections respiratoires inférieures • Fièvre élevée • Grave déshydratation • Anémie grave • Hypoglycémie • Hypothermie • Lésions cutanées • Signes oculaires d'avitaminose A **Ou** ☐ Référés de la PEC MAS ambulatoire selon le protocole d'action Autre: nourrisson ≥ 6 mois et < 4kg	☐ Œdèmes bilatéraux + et ++ **Ou** ☐ PB < 115 mm **Ou** ☐ P/T < -3 z-score *Et* • Appétit • Bien portant cliniquement • Alerte	☐ PB ≥ 115 mm et < 125 mm **Ou** ☐ P/T ≥ -3 z-score et < -2 z-score *Et* • Appétit • Bien portant cliniquement • Alerte **Egalement :** Références des enfants récupérant après MAS, après fin de traitement PEC MAS quelle que soit leur anthropométrie.
Critères d'admission pour les nourrissons < 6 Mois		
Nourrissons < 6 mois avec œdèmes bilatéraux ou émaciation visible (ou allaitement maternel insuffisant dans un contexte de vulnérabilité)		
Critères d'admission pour les femmes enceintes et allaitantes		
		<u>Femmes enceintes</u> Premier et deuxième trimestres avec PB < 210 mm **<u>Femmes allaitantes</u>** Mères avec nourrissons < 6 mois avec PB < 210 mm

CATÉGORIES D'ENTRÉE POUR LA PCMA

6.4

PEC MAS hospitalière	PEC MAS ambulatoire	PEC MAM
Nouvelles admissions, Enfants de 6 à 59 mois		
Nouveaux cas de MAS ☐ Enfant répond aux critères d'admission -y compris *rechute* après guérison	**Nouveaux cas de MAS** ☐ Enfant répond aux critères d'admission -y compris *rechute* après guérison (***Inclues les enfants référés de la PEC MAM :*** L'état de santé de l'enfant s'est aggravé dans la PEC MAM et l'enfant répond aux critères d'admission PEC MAS ambulatoire)	**Nouveaux cas de MAM** ☐ Enfant répond aux critères d'admission -y compris *rechute* après guérison ***(Catégorie à part:*** Enfant non-MAM est admis après contre référence de la PEC MAS : enfant récupéré de la MAS nécessitant un supplément)
Nouvelles admissions, Autres groupes d'âge		
Nouveaux cas de MAS Nourrisson < 6 mois Enfant ≥ 5 ans Adolescent Adulte	**Nouveaux cas de MAS** Personne ne répond pas aux critères d'admission préfixés et reçoit une PEC MAS ambulatoire (cas d'exception)	**Nouveaux cas de MAM** Personne ne répond pas aux critères d'admission préfixés et reçoit une PEC MAM
Anciens cas, Enfants de 6 à 59 mois		
Référence de la PEC MAS ambulatoire L'état de santé de l'enfant s'est aggravé dans la PEC MAS ambulatoires (selon le protocole d'admission et d'action) **Mouvement** Enfant est revenu après abandon récent, ou vient d'un autre site PEC MAS hospitalière	**(Contre) Référence de la PEC MAS hospitalière** L'état de santé de l'enfant s'est amélioré dans la PEC MAS hospitalière et l'enfant continue son traitement en PEC MAS ambulatoire. **Mouvement** Enfant est revenus après abandon récent, ou vient d'un autre site PEC MAS ambulatoire	**Mouvement** Enfant est revenus après abandon récent, ou vient d'un autre site PEC MAM

DOCUMENT 6.5
Critères de fin de traitement et catégories de sortie pour la PCMA

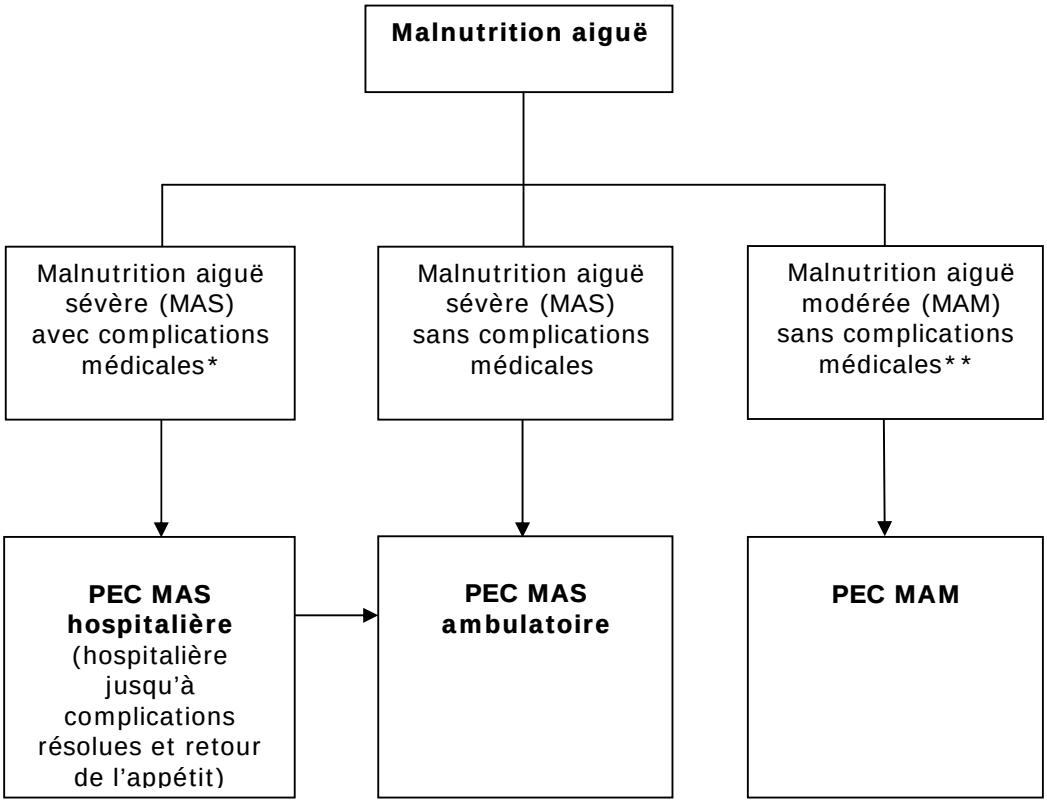
CRITÈRES DE FIN DE TRAITEMENT POUR LA PCMA

PEC MAS hospitalière	PEC MAS ambulatoire	PEC MAM
Critères de fin de traitement (ou de contre référence) pour les enfants de 6-59 mois		
Quitte la PEC MAS hospitalière (contre référence) pour continuer le traitement and PEC MAS ambulatoire: ☐Si l'enfant était admis sur base de kwashiorkor grave: Oedèmes bilatéraux ont diminué **et** Enfant est cliniquement bien portant et alerte ☐Si l'enfant était admis sur base de marasme avec complications médicales : Appétit est de retour (l'enfant a passé le test d'appétit avec succès) **et** Complications médicales se résolvent **et** Enfant est cliniquement bien portant et alerte ☐Si l'enfant était admis sur base de kwashiorkor marasmique : Oedèmes bilatéraux ont disparus ***Guéri (fin de traitement) :*** Mêmes critères que fin de traitement pour la PEC MAS ambulatoire - idem	**Guéri (fin de traitement) :** ☐Si l'enfant était admis sur base d'œdèmes bilatéraux: Sans œdèmes bilatéraux pendant 2 séances consécutives **et** Emaciation grave exclue : PB ≥ 115 mm ou/et rapport P/T ≥ -2 z-score **et** Enfant est cliniquement bien portant et alerte ☐Si l'enfant était admis sur base d'émaciation grave (PB ou rapport P/T) : Gain de poids de minimum 15% pour deux séances consécutives (15% du poids à l'admission ou poids sans œdèmes) **et** Oedèmes bilatéraux exclus **et** Enfant est cliniquement t bien portant et alerte *En sortant, les enfants sont orientés vers la PEC MAM si existante*	**Guéri (fin de traitement) :** ☐Si l'enfant était admis sur base du PB: Minimum de 2 mois en traitement **Et** PB ≥ 125 mm ☐Si l'enfant était admis sur base du rapport P/T: Minimum de 2 mois en traitement **et** Rapport P/T ≥ -2 z-score ☐Si l'enfant était admis après avoir récupéré de la MAS: Minimum de 2 mois en traitement **et** PB ≥ 125 mm
Critères de fin de traitement pour les nourrissons < 6 mois		
Guéri (fin de traitement) : Si le nourrisson tète suffisamment de lait et a pris suffisamment de poids (minimum 20 grammes de prise de poids par jour rien que pour l'allaitement maternel pendant 5 jours) et est cliniquement bien portant et alerte. (Remarque : si l'enfant n'est pas allaité, une autre méthode d'alimentation de remplacement est nécessaire en fonction du protocole nationale).		
Critères de fin de traitement pour les femmes enceintes et allaitantes		
		<u>Femmes enceintes</u> PB ≥ 210 mm ou bébé né **<u>Femmes allaitantes</u>** PB ≥ 210 mm ou nourrisson ≥ 6 mois

CATÉGORIES DE SORTIE POUR LA PCMA

PEC MAS hospitalière	PEC MAS ambulatoire	PEC MAM
CATÉGORIES DE SORTIE, Pour les enfants de 6-59 mois		
Guéris		
Enfant répond aux critères de fin de traitement en PEC MAS ambulatoire	Enfant répond aux critères de fin de traitement	Enfant répond aux critères de fin de traitement
Décédés		
Enfant meurt	Enfant meurt	Enfant meurt
Abandons		
Enfant est absent depuis deux jours	Enfant est absent pour la 3eme séance consécutive	Enfant est absent pour la 3eme séance consécutive
Non- récupérés		
Enfant ne répond pas aux critères de sortie après 2 mois de traitement (examen médical fait auparavant)	Enfant ne répond pas aux critères de sortie après 4 mois de traitement (examen médical fait auparavant)	Enfant ne répond pas aux critères de sortie après 8 mois de traitement (examen médical fait auparavant)
Autres : Référés		
Référé vers la PEC MAS ambulatoire (Contre référence): L'état de santé de l'enfant s'améliore et il est référé vers la PEC MAS ambulatoire pour continuer le traitement.	***Référé vers la PEC MAS hospitalière (Référence) :*** L'état de santé de l'enfant s'aggrave (selon le protocole d'action) et il est référé vers la PEC MAS hospitalière pour un traitement plus intensif.	

DOCUMENT 6.6
Classification de la malnutrition aiguë dans le cadre de la PCMA



***Complications:** anorexie, pas d'appétit, vomissements persistants, convulsions, léthargie, pas alerte, sans connaissance, infections des voies respiratoires inférieures, fièvre élevée, déshydratation grave, anémie grave, hypoglycémie ou hypothermie, lésions cutanées, signes oculaires d'avitaminose A

**Enfants avec MAM avec complications médicales sont admis à la PEC MAM mais sont référés pour un traitement de ces complications médicales

DOCUMENT 6.7
Fiche individuelle de suivi de la PEC MAM

6.7

FICHE INDIVIDUELLE DE SUIVI DE LA PEC MAM ENFANTS 6-59 MOIS

Source : Adapté de *Community-based Therapeutic Care (CTC): A Field Manual*

	Numéro d'inscription :	
Nom de l'enfant :	Age:	Sexe: M / F
Nom de la mère ou de l'accompagnant(e) de l'enfant :	Nom du dirigeant communautaire: Nom de l'agent d'extension :	
Communauté:	Site PEC MAM:	

ENTRÉE	Nouveau cas	Nouveau cas Rechute (après minimum 1 mois ?)	Admission référé de la PEC MAS ambulatoire	Ancien cas : Référé d'un autre site PEC MAM	Ancien cas : Réadmission après abandon

ADMISSION		**SORTIE**	
Date		Date	
Poids		Poids	
Taille		Taille	
P/T		Rapport P/T	
PB (mm)		PB (mm)	
		Durée du séjour (jours)	

Statut: 1.Guéri 2.Décédé 3.Abandon 4.Non récupéré 5. Référence

MÉDICAMENTS DE ROUTINE pour nouveau cas à l'admission	**DATE**	**REMARQUES**
Vitamine A		
Acide folique		
Mébendazole		
Test diagnostic du paludisme Traitement antipaludique		
Vaccination contre la rougeole		
Mise à jour PEV		

Semaine	**DATE**	**PB**	**POIDS**	**TAILLE**	**Rapport P/T**	**Fer/Acide Folique**	
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							

DOCUMENT 6.8
Protocoles de traitement médical pour la PEC MAM

MÉDICAMENTS DE ROUTINE POUR LA MALNUTRITION AIGUË MODEREE (MAM)

Vitamine A

Enfants de 6 à 59 mois :

- Une supplémentation de routine doit être donnée à l'admission sauf dans les endroits où la vitamine A a été donnée le mois précédent ou si des campagnes de supplémentation en Vitamine A ont assuré une bonne couverture.
- Les enfants référés de la PEC MAS ou d'une autre structure sanitaire où la vitamine A a déjà été donnée ne doivent pas recevoir de la Vitamine A.
- Les enfants avec des signes cliniques d'avitaminose A doivent être référés vers le traitement adéquat en fonction des directives de la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME).

Femmes enceintes et allaitantes : Les femmes enceintes NE DOIVENT PAS recevoir de vitamine A. La vitamine A est donnée lors du post-partum, dans les six semaines suivant l'accouchement.

Vermifuges

Pour assurer un gain de poids suffisant, tous les enfants âgés de 12 à 59 mois doivent recevoir un traitement (tous les six mois) contre les vers, à base de mébendazole ou d'albendazole.

Fer et acide folique

Routine : Une supplémentation doit être donnée en fonction des directives nationales de PCIME, et doit être repoussée après le traitement antipaludique

Enfants 6 à 59 mois : Les enfants souffrant d'anémie doivent être traités en fonction des directives de la PCIME avec notamment dépistage du paludisme et traitement antipaludique dans les régions d'endémicité. Les enfants avec une anémie grave seront référés vers une structure sanitaire pour recevoir le traitement indiqué.

Femmes enceintes et allaitantes : Une supplémentation doit être donnée en fonction des directives nationales.

Autres traitements

D'autres traitements médicaux, notamment la vaccination contre la rougeole et ceux figurant dans le programme élargi de vaccination (PEV) doivent être dispensés en référant les enfants vers les services et doivent être administrés en fonction des directives nationales.

DOCUMENT 6.9
Protocoles de récupération nutritionnelle pour la PEC MAM

LA RATION D'ALIMENT SUPPLEMENTAIRE DANS LA PEC MAM

L'aliment supplémentaire est distribué sous forme de rations à emporter à la maison ou **de rations sèches** ou de rations hydratées à consommer sur place (wet feeding):

- Les **rations sèches** sont données comme ingrédients bruts et ne sont pas préparées pour les bénéficiaires sur le site PEC MAM. Les rations sèches sont emportées à domicile. Il s'agit généralement d'un aliment mélangé fortifié (AMF) composé d'un mélange maïs et soja (CSB), UNIMIX, SF450[1] en général mélangé avec du sucre et de l'huile à l'avance ou distribué séparément, ou bien un aliment supplémentaire prêt à l'emploi (ASPE). La PEC MAM peut aussi utiliser d'autres aliments fortifiés comme les suppléments en nutriments à base de lipides (LNS), biscuits à haute teneur énergétique, ou une ration de haricots, lentilles et blé entier. La ration sèche à emporter à domicile est distribuée généralement toutes les deux semaines ou chaque mois.
- L'**ASPE** est un produit alimentaire riche en nutriment très énergétique servant à la récupération nutritionnelle de la MAM. C'est un produit sec (BP 5 -de Compact, Norvège) ou pâteux à base de lipides (Supplementary Plumpy® -de Nutriset, France).

- Les **rations hydratées** sont cuites une ou deux fois par jour dans la cuisine d'un centre d'alimentation et consommées sur place. L'enfant (avec sa mère ou son accompagnant(e)) doit être amené chaque jour au centre d'alimentation et y rester pour plusieurs repas.

  Les normes Sphère et d'autres directives découragent l'utilisation des rations hydratées. Ce type d'alimentation peut être introduit lorsque les gens ont accès limité au carburant et à l'eau, lorsque les conditions de sécurité font qu'il est dangereux d'emporter des rations à domicile ou pour les gens qui ont besoin de davantage de nourriture mais qui ne peuvent pas faire la cuisine eux-mêmes. L'alimentation sur place est très rare et sera envisagée UNIQUEMENT comme solution temporaire d'urgence.

RÉCUPÉRATION NUTRITIONNELLE DANS LE CADRE DE LA PEC MAM

- La ration supplémentaire apporte environ 1000 à 1200 kilocalories par personne et par jour, avec 10 % à 12 % de l'énergie venant des protéines. Elle doit être donnée pendant assez longtemps (deux à trois mois selon les directives nationales). Le partage familial est pris en compte : la ration individuelle est augmentée d'environ 500 kcal par jour (ou 50%) prévue pour le partage familial.

- La PEC MAM utilise généralement les rations sèches à emporter à domicile. Généralement, les rations supplémentaires sont distribuées au poids sous forme de mélange préparé à l'avance (composantes d'un AMF : sucre et huile), en utilisant une balance ou un récipient gradué. Si c'est possible, on demandera à la mère ou l'accompagnant(e)de l'enfant d'emporter le mélange de l'AMF dans leur propre récipient, sinon on leur donnera des récipients réutilisables (pour éviter l'abus des sacs en plastique).

[1] UNIMIX est un AMF distribué par le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF); 5-10% du maïs est remplacé par du sucre. SF450 est composé de farine de céréales précuite avec des flocons d'avoine, de la farine de soja grillé, de la graisse végétale avec adjonction de vitamines et de minéraux. Il est produit par Nutriset, France.

- Une ration sèche est donnée toutes les deux semaines ou une fois par mois. La fréquence dépendra des ressources, des besoins et de la taille de la population ciblée ainsi que de l'accès aux sites PEC MAM. Dans certains cas, surtout dans le cadre de programmes nationaux de grande envergure, comme par exemple la Stratégie d'Extension Renforcée pour la Survie de l'Enfant en Ethiopie, les rations sèches peuvent être données tous les trois mois, du moment que l'aliment fortifié n'est pas mélangé avec de l'huile (par contre il pourrait être fortifié avec de l'huile).

- L'enfant avec MAM est censé consommer une ration supplémentaire d'environ 500 kcal par jour - en plus du plat familial. Une démonstration pour la préparation de l'AMF est prévue à chaque séance de la PEC MAM.

RATIONS D'ALIMENTATION SUPPLÉMENTAIRE DANS LE CADRE DE LA PEC MAM

- Les rations comprennent généralement des aliments mélangés, importés ou produits localement, tels que le mélange du maïs et du soja (CSB) ou UNIMIX (qui contient déjà du sucre), qui sont fortifiés avec des vitamines et des minéraux, d'où le terme aliment mélangé fortifié (AMF). Ces rations contiennent environ 350-400 kcal pour 100 g. La ration doit contenir de l'huile végétale pour donner à l'enfant l'énergie suffisante et l'huile doit être fortifiée avec de la vitamine A. Du sucre doit être ajouté à la ration si le mélange n'en contient pas (pour l'apport en énergie et être agréable au goût).

- Une ration pour les enfants 6 à 59 mois avec MAM est généralement la suivante :
  - Ration quotidienne de 200-300g d'aliment mélangé fortifié et 25-30g d'huile
  - Ration pour deux semaines de 2,5-4 kg d'aliment mélangé et environ 300g d'huile (en tenant compte du partage par ration).

  D'autres produits comme le sucre et le lait en poudre pourront être ajoutés.

- Si les ingrédients sont mélangés avant la distribution, c'est ce qu'on appelle un aliment mélangé à l'avance. Le but est de vérifier que les rations (surtout avec des produits chers comme l'huile) ne sont pas utilisés pour la famille entière ou vendus. Par ailleurs, ces mélanges préparés à l'avance prennent du temps et réduisent la durée d'utilisation de la ration. Une fois qu'on a mélangé de l'huile et du lait en poudre à l'aliment mélangé fortifié, il durera au maximum deux semaines avant de devenir rance.

- Les légumes à gousse et les biscuits riches en énergie peuvent également être distribués avec l'aliment mélangé fortifié, en fonction de ce qui est disponible.

- Certains AMF contiennent du sucre (par exemple l'UNIMIX, mais pas l'AMF d'origine des Etats-Unis). Si possible, on ajoutera du sucre pour donner du goût à l'aliment et l'enrichir en énergie.

- Le **lait en poudre** n'est jamais distribué tout seul. Il doit toujours être mélangé à l'AMF avant la distribution.

- Il est important de donner une information bien claire sur l'emploi de la ration dans les bonnes conditions d'hygiène et d'indiquer quand et comment elle doit être consommée. Le mélange tout prêt doit être complété par **deux portions d'eau pour chaque portion du mélange** et il doit être cuit pendant **20 minutes** au moins. Des démonstrations de la préparation et de la cuisson doivent être faites sur le site PEC MAM. Ces démonstrations peuvent attirer un grand nombre de mères ou accompagnant(e)s des enfants et représentent d'excellentes occasions pour apporter une éducation sanitaire et nutritionnelle. Les messages doivent être clairs, simples et pratiques.

- Plusieurs types d'AMF et d'autres aliments supplémentaires avec une grande variété de concentration en nutriments et énergie sont disponibles actuellement sur le marché. Il est recommandé de demander conseil auprès d'organismes spécialisés sur le type d'aliments et la quantité appropriés dans le contexte et pour les groupes vulnérables qui sont ciblés par le programme de nutrition supplémentaire.

- Les niveaux des rations sont déterminés généralement par le Programme alimentaire mondial (PAM) et les gouvernements nationaux, en fonction des besoins et des ressources disponibles. Par ailleurs, toutes les organisations intervenant au niveau de la nutrition ont leur mot à dire dans la recommandation des aliments supplémentaires et niveau des rations.

DOCUMENT 6.10
Produits alimentaires utilisés pour la PEC MAM

Aliment mélangé fortifié (AMF, sacs de 25kg), 350-400 kilocalories (kcal) pour 100g
Les aliments mélangés doivent être fortifiés. Un ensemble de vitamines et de minéraux doit être ajouté aux aliments mélangés qui n'ont pas été fortifiés avant la distribution, si c'est possible. Dans l'AMF, on peut avoir le mélange maïs-soja, le mélange blé-soja et d'autres mélanges fortifiés nationaux. Certains contiennent du sucre, ce qui leur donne plus de goût. Et si possible, on doit ajouter du sucre aux aliments mélangés fortifiés non sucrés avant la distribution.

Il convient de noter que l'efficacité des AMF pour traiter la MAM est remise en question pour plusieurs raisons :

- Ils ne sont pas très riches en énergie
- L'ensemble des nutriments fait que certains nutriments importants ne sont pas disponibles pour le corps
- Ils doivent être cuits
- Ils sont très souvent partagés au sein de la famille

Huile végétale (bidons de quatre litres), 900 kcal pour 100g
L'huile végétale est généralement fortifiée avec de la vitamine A.

Biscuits riches en énergie et en protéines, 450 kcal pour 100g
Des biscuits riches en énergie et en protéines conviennent probablement à la PEC MAM ou aux programmes de nutrition supplémentaire (PNS) de couverture du moins à court terme. Les biscuits utilisés couramment sont les suivants :

- BP5, qui contient 458 kcal pour 100g et répond à tous les besoins énergétiques quotidiens (il y a neuf barres dans une boîte de 500g)
- Biscuits riches en énergie qui contiennent 450 kcals pour 100 g, 12 g de protéines et sont fortifiés avec des micronutriments (50 % à 75 % des besoins quotidiens de l'adulte)

Ces biscuits augmentent nettement le contenu énergétique de l'alimentation et sont particulièrement utiles au début d'uneopération d'urgence. Les biscuits sont une denrée précieuse et il faut donc éviter qu'ils ne soient vendus. Ils peuvent être écrasés ou rompus avant d'être ajoutés au mélange de la ration sèche. Par ailleurs, il faut éviter d'en dépendre dans le long terme.

L'aliment supplémentaire prêt à l'emploi (ASPE), 500 kcal par sachet de 90g
L'ASPE est semblable à l'aliment thérapeutique prêt à l'emploi (ATPE) sauf qu'il est conçu pour l'alimentation supplémentaire. Il a été mis au point pour la PEC MAM. L'ASPE est plus cher que les aliments mélangés mais la densité en énergie/nutriments est tellement élevée que cela compense peut-être les coûts car il en faut nettement moins que les AMF pour arriver aux mêmes résultats. Tout comme l'ATPE, l'ASPE a toutes les chances de se révéler un produit bien plus réussi que les AMF pour arriver à de meilleurs résultats. L'effort en deviendrait bien plus efficace par rapport aux coûts. Une recherche est en cours sur l'efficacité de l'ASPE.

Lait en poudre en tant que supplément à l'AMF, 362 kcals pour 100 g
Le lait en poudre – que ce soit du lait écrémé, du lait sans matières grasses ou du lait entier ne doit **jamais être distribué tout seul comme une ration à emporter à domicile**. Il existe en effet un risque élevé de dilution et de contamination par des microbes et le lait risque de plus d'être utilisé comme produit de remplacement du lait maternel (en respectant également donc le Code international de marketing des produits de remplacement du lait maternel, voir www.ennonline.org). Le lait en poudre peut être ajouté à l'AMF avant la distribution mais pas si l'AMF est mélangé avec de l'huile à moins de dire aux utilisateurs d'utiliser l'AMF dans les deux semaines qui suivent pour éviter qu'il ne tourne aigre.

Exemples de rations supplémentaires

Produit	Ration 1 (g)	Ration 2 (g)	Ration 3 (g)
Aliment mélangé fortifié (AMF)	250	250	140
Sucre		20	30
Huile	25	25	50
Lait en poudre			50
Energie (kcal)	1,162	1,250	1,250
Protéines % énergie	14,5	14,5	14,5

Source: Adapté de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) 2000

DOCUMENT 6.11
Fiche de rations de la PEC MAM

6.11

Adapté du *Community-based Therapeutic Care: A Field Manual*

Nom de l'enfant	**Numéro d'inscription** / /
Nom de la mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant	**Sexe (M/F)**
Dates de l'admission	**Age (mois)**
Communauté	**Site PEC MAM**
Critères d'admission	**État à la sortie**

Semaine	**Admission**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**
Date													
Poids (kg)													
PB (mm)													
Rapport P/T													
Ration (type et quantité)													

Document 6.12
Fiche de référence de la PCMA

6.12

Source : Adapté de *Community-based Therapeutic Care (CTC): A Field Manual*

Nom de l'enfant :

Communauté :

Age:

Sexe:

Site:

Date de l'admission:

Données d'admission:

Poids :

PB:

Référé à :

Taille :

Rapp P/T:

Numéro d'inscription :

Œdèmes bilatéraux: (entourer) Aucun + ++ +++

Date de référence:

Critères de référence:

Traitement administré:

Commentaire :

DOCUMENT 6.13
Grille de vérification de la visite sur le terrain pour la PEC MAM

Observez les procédures suivantes :	
	Critères d'admission
	Procédure d'admission
	Critères de sortie
	Procédure de sortie
	Fiche individuelle de suivi de la PEC MAM (information collectée, progrès)
	Fiche de rations
	Procédures de référence
	Produits alimentaires
Demandez aux membres du personnel :	
	Comment ils assurent les liens entre la PEC MAM et la PEC MAS ambulatoire
	Comment ils vérifient que les mères ou les accompagnant(e)s des enfants savent comment préparer et donner les aliments supplémentaires
	Quel est le type d'éducation sanitaire et nutritionnelle qu'ils donnent
	Quelles sont les stratégies qu'ils utilisent pour éviter de déranger la PEC MAS ambulatoire ou les activités continues du centre de santé
	D'où proviennent les aliments supplémentaires et comment ils les commandent et les conservent

EXERCICE 6.1
Références dans le cadre de la PCMA

Enfant A

L'enfant A a été admis à la PEC MAM avec un périmètre brachial (PB) de 116 mm, un poids de 10 kg et sans complications médicales. Lors de la seconde pesée, l'enfant a des œdèmes bilatéraux aux pieds. Quelle est l'action qu'il faut entreprendre ?

Enfant B

L'enfant B a été référé à la PEC MAM par un agent d'extension communautaire avec un PB de 118 mm. A l'admission, l'infirmière constate que l'enfant n'a pas d'appétit et qu'il a une fièvre très élevée. Quelle est l'action qu'il faut entreprendre ?

Enfant C

L'enfant C a été admis à la PEC MAM avec un PB de 119 mm. Après quatre semaines (troisième pesée), l'enfant a perdu du poids et son PB est 116. L'enfant a la diarrhée et un peu d'appétit. Vous voulez envoyez l'enfant vers la PEC MAS hospitalière mais la mère refuse. Que faites-vous dans ce cas ?

MODULE SEPT

PLANIFICATION DE LA PCMA AU NIVEAU DU DISTRICT

VUE D'ENSEMBLE DU MODULE

Ce module introduit les participants aux questions et problèmes qui se présentent généralement lors de la conception et de la planification de la prise en charge à base communautaire de la malnutrition aiguë (PCMA). Ce module est axé sur les différentes étapes franchies tout au long de la planification de la PCMA. Il offre aux participants les outils et les cadres conceptuels qui leur permettront de formuler les étapes de la planification en fonction du contexte pour l'extension communautaire, la prise en charge ambulatoire de la malnutrition aiguë sévère (PEC MAS ambulatoire) et de la prise en charge hospitalière de la malnutrition aiguë sévère (PEC MAS hospitalière). Cette réflexion porte sur divers aspects : qui participera à la planification, comment faire l'analyse situationnelle pour définir les besoins, explorer les occasions et contraintes au niveau opérationnel et politique, évaluer la capacité à mettre en œuvre le programme, déterminer la structure du programme avec les buts généraux, les objectifs spécifiques et les indicateurs pertinents pour mesurer l'impact et l'efficacité du programme et le traduire dans un plan d'action.

Le budget est certes un volet important dans la planification de la PCMA bien que ce module n'apporte pas de directives spécifiques sur la budgétisation de la PCMA. Au moment de la publication du présent guide de formation, un outil de détermination des coûts de la PCMA était conçu et mis à l'épreuve sur le terrain. Il sera disponible sur le site web de FANTA une fois finalisé (www.fanta-2.org).

Les participants travailleront en groupe de cinq à six pendant la majeure partie de ce module, regroupés par pays, province ou district, ceux provenant des mêmes origines travaillant ensemble. En principe, chaque groupe devrait concevoir et planifier la PCMA pour sa propre région. Si ce n'est pas possible ou si ce n'est pas indiqué, les groupes choisiront un contexte pertinent ou une couverture géographique ou administrative adéquate qui servira de base à la planification de la PCMA.

Les participants resteront dans le même groupe de travail pour les exercices du module. A la fin de la séance, les participants auront ébauché les grandes lignes du plan de la PCMA pour leurs régions respectives.

Les participants s'exerceront à utiliser les concepts et les cadres du présent module avec une étude de cas se fondant sur un exemple réel ou utiliseront leur propre district ou un autre district du pays.

Les participants viendront munis de l'information pertinente pour la planification de la PCMA dans leur pays, province ou district et ils auront lu au préalable le **Document 7.2 l'Etude de cas : Analyse situationnelle au Ghana**, avant la séance de formation.

Objectifs d'apprentissage	Documents à distribuer et exercices
1. Décrire les éléments clés de la PCMA et préparer le processus de planification	• Document 7.1 Eléments clés du cadre de la PCMA
2. Identifier les composantes clés d'une analyse situationnelle et réaliser une analyse situationnelle de base	• Document 7.2 l'Etude de cas: Analyse situationnelle au Ghana • Document 7.3 Evaluer la situation nutritionnelle • Document 7.4 Matrices de cartographie • Document 7.5 Grille de capacités pour la PCMA au niveau district • Document 7.6 Analyse FFOM pour la PCMA • Document 7.7 Exemples de grilles de capacités pour la PCMA
3. Formuler un cadre logique pour la PCMA	• Document 7.1 Eléments clés du cadre de la PCMA • Document 7.8 Utiliser un cadre logique pour la PCMA • Document 7.9 Exemple d'un cadre logique pour la PCMA
4. Formuler un plan d'action pour la PCMA	• Document 7.1 Eléments clés du cadre de la PCMA • Document 7.10 Calcul de l'estimation des cas de MAS • Document 7.11 Besoins, rôles et responsabilités des agents de santé. • Document 7.12 Calculer les besoins estimés en matière d'ATPE • Document 7.13 Vue d'ensemble des ressources pour la PCMA • Document 7.14 Matrice pour le plan d'action
5. Planifier pour des cas spéciaux : plans de transition et de contingence	• Document 7.15 Matrice pour planifier la transition de la PCMA • Document 7.16 Directives pour le plan de contingence de la PCMA
Synthèse et évaluation du module	

MATÉRIEL

- *Community-based Therapeutic Care (CTC): A Field Manual*
- Documents à distribuer
- Etude de cas
- Copies du **Document 7.4 Matrices de cartographie, Matrice 2** et **Document 7.6 Analyse FFOM pour la PCMA** (pour distribution)
- Grandes fiches
- Feutres
- Papier cache

PRÉPARATION À L'AVANCE

- Préparation de la pièce, du matériel
- Rappelez aux participants qu'ils doivent apporter des informations sur les initiatives de prévention et de prise en charge de santé, nutrition et sous-alimentation dans leur district, ainsi que des enquêtes nutritionnelles et des informations pertinentes sur le contexte de leur système de santé, comment il fonctionne et s'il est centralisé ou non. Apporter des sources d'information dans le cas où les participants n'auraient pas les leurs.
- Demandez aux participants de lire le **Document 7.2 Etude de cas : Analyse situationnelle, Ghana**

DURÉE DU MODULE : 8 HEURES

Remarque : Suivant les besoins du public, les formateurs pourront omettre certains objectifs d'apprentissage et certaines activités et en approfondir d'autres. La durée du module est une estimation du temps qu'il faut pour achever tous les objectifs et activités d'apprentissage.

OBJECTIF D'APPRENTISSAGE 1 : Décrire les éléments clés de la PCMA et préparer le processus de planification

OA.1

FORMATEUR : Prenez connaissance du **Document 7.1 Eléments clés du cadre de la PCMA**.

Groupe de causerie : Eléments clés de la PCMA. Demandez aux participants de se reporter au **Document 7.1 Eléments clés du cadre de la PCMA**. Demandez-leur de passer en revue la liste avec un partenaire et d'identifier rapidement les éléments clés qui s'avèrent particulièrement pertinents pour leurs districts. Demandez à quelques paires de faire leurs commentaires. Discutez brièvement.

Lecture et discussion en groupe : Utiliser les éléments clés de la PCMA. Demandez aux participants de se reporter au **Document 7.1 Eléments clés de la PCMA**. Discutez des nombreux emplois différents du cadre des éléments clés, tels que l'évaluation de la capacité, la conception, la planification, l'évaluation et l'examen de l'intégration. Expliquez que ce module se penche sur le processus de planification par l'intermédiaire de ce cadre.

Exposé participatif : Vue d'ensemble du processus de planification de la PCMA. Expliquez les principales étapes établies dans ce module tout au long du processus de planification de la PCMA et marquez-les sur une grande fiche:

1. Analyse situationnelle (pour déterminer les besoins), consistant à :
    a. Évaluer la situation nutritionnelle
    b. Cartographier les systèmes de santé et de nutrition
    c. Evaluer la capacité de la PCMA au niveau du district et des structures sanitaires
    d. Analyser les forces, faiblesses, opportunités et menaces
2. Cadre logique
3. Plan d'action (plan de mise en œuvre)
4. Planification pour les cas spéciaux

Brainstorming: Identifier qui devrait participer à la planification de la PCMA. Rappelez aux participants leurs tâches dans le cadre du **Module 3 Extension communautaire** pour qu'ils pensent bien à tous ceux qui devraient prendre part à la planification au niveau du district et de la communauté. Au regard des principaux domaines d'activité susmentionnés, demandez aux participants qui, à leur avis, devrait prendre part à la planification.

Réponses possibles :

- L'équipe qui coordonne et supervise l'intervention
- L'équipe de gestion de santé du district
- Agents de santé
- Membres communautaires : dirigeants influents (dirigeants sociaux, politiques et religieux), enseignants, les bénéficiaires (mères, pères ou accompagnant(e)s, grand-mères des enfants), guérisseurs; accoucheuses, groupes communautaires (groupes de femmes, fermiers, associations)
- Organisations non gouvernementales (ONG) et organisations à base communautaire (OBC) intervenant dans le domaine de la santé et de la nutrition au niveau du district.

OA.1

Remarque: Les dirigeants influents et les membres communautaires doivent prendre part au processus de planification de l'extension communautaire pour aider les planificateurs à mieux comprendre les causes de la sous-nutrition, comment les membres de la communauté perçoivent et traitent la sous-nutrition, et les barrières à l'accès et à la fréquentation à la PCMA.

OBJECTIF D'APPRENTISSAGE 2 : Identifier les composantes clés d'une analyse situationnelle et réaliser une analyse situationnelle de base

OA.2

FORMATEUR : Revoyez le **Document 7.2 Etude de cas: Analyse situationnelle, Ghana** et passez en revue le **Document 7.3 Evaluer la situation nutritionnelle**, **Document 7.4 Matrices de cartographie**, **Document 7.5 Grille de capacités pour la PCMA au niveau district**, **Document 7.6 Analyse FFOM pour la PCMA** et **Document 7.7 Exemples de grilles de capacités pour la PCMA**.

Brainstorming : Composantes de l'analyse situationnelle. Dessinez une grille avec cinq colonnes. Les titres vont concerner les cinq composantes de l'analyse situationnelle (ci-après) mais pour le moment il ne faut pas encore identifier les titres des colonnes :

1. Quelle est la situation nutritionnelle ?
2. Qui fait quoi déjà en santé, nutrition, malnutrition ?
3. Quelles sont les capacités existantes ?
4. Quelles sont les forces, faiblesses, opportunités et menaces ?
5. Conclusion: Quels sont les besoins ?

Demandez aux participants quelle est l'information nécessaire pour préparer la planification de la PCMA. Essayez de les guider vers les grandes questions. Donnez quelques exemples pour démarrer la conversation si nécessaire : la prévalence de l'émaciation dans leur district, le nombre de structures sanitaires avec une prise en charge de la malnutrition aiguë etc. Marquez les réponses dans la colonne appropriée. Discutez et demandez aux participants ce que les éléments de chaque colonne peuvent avoir en commun. Marquez le nom indiqué pour chaque colonne et indiquez qu'il s'agit des cinq composantes de l'analyse situationnelle que nous allons traiter. Mettez la grande fiche sur le mur pour que les participants puissent s'y référer au fur et mesure que progressent les Objectifs d'apprentissage.

Lecture et revue : Comprendre les évaluations de la situation nutritionnelle. Demandez aux participants de se reporter au **Document 7.3 Evaluer la situation nutritionnelle** et demandez-leur de le lire en silence. Demandez aux groupes s'ils souhaitent ajouter quelque chose à la Colonne 1 de la grille de l'analyse situationnelle mise au point auparavant pour cet Objectif d'apprentissage. Discutez des raisons pour lesquelles ils auraient besoin de cette information et où ils pourraient l'obtenir. Marquez sur la grande fiche les sources suivantes d'information sur l'état de santé nutritionnel et sanitaire des populations et demandez aux participants s'ils ont des sources qu'ils aimeraient ajouter à la liste.

Les sites suivants pourraient être utiles :

- Enquêtes démographiques et de santé (EDS), voir www.measuredhs.com
- Enquêtes par grappe à indicateurs multiples (EGIM), voir www.childinfo.org/mics.html
- Comité permanent de la nutrition des Nations Unies (NICS), Base de données des résultats des enquêtes nutritionnelles, voir www.unsystem.org/SCN/Publications/RNIS/rniscountry_database.html
- Complex Emergency database (CE-DAT), voir www.cedat.be

Groupes de travail : Pratique de l'évaluation de la situation nutritionnelle : Divisez les participants en groupes de travail de cinq à six personnes par district ou région et expliquez qu'ils resteront dans ces mêmes groupes pour la majeure partie du module. Demandez aux groupes de revoir les informations de l'enquête nutritionnelle qu'ils ont apportée pour leur pays/province/district et créez un tableau avec les informations clés sur la grande fiche. Le formateur peut afficher un exemple de tableau vierge mais les participants sont parfaitement libres d'ajouter l'information supplémentaire qui leur semble pertinente.

Demandez à un groupe de présenter ses résultats en plénière, en récapitulant la situation nutritionnelle dans son pays, sa province ou son district et en soulignant les domaines problématiques ou ciblés. Discutez aussi les sources des informations sanitaire et nutritionnelle dans leurs pays/province/district disponibles.

Exposé participatif : Cartographie des initiatives de santé et de nutrition. Expliquez aux participants qu'il est important de connaître et de cartographier la manière dont le système de santé du district est structuré, de noter les autres initiatives et d'indiquer leurs champs d'action et de couverture. La PCMA devrait compléter et être en liaison avec les programmes existants. Donnez des exemples :

- Décrivez les structures sanitaires, zones de couverture, agents de santé, le système d'extension sanitaire.
- Quels soins de santé et quelles initiatives de santé et de nutrition sont fournis ?
- Quels sont les systèmes à base communautaire qui existent, formels ou informels ? (se reporter au **Module trois : Extension communautaire**.)
- Existe-t-il une prise en charge de la malnutrition aiguë ? Qui est responsable de ces programmes ?
- Est-ce qu'il y a des ONG, le gouvernement ou d'autres organisations (par exemple le Programme Alimentaire Mondial [PAM]) présents?
- Existe-t-il des initiatives pour la prévention de la sous-nutrition ?
- Existe-t-il des programmes de distribution alimentaire générale ou des réseaux de sécurité et qui mettent en œuvre ces programmes ?

Groupes de travail : Pratique de la cartographie des initiatives de santé et de nutrition. Demandez aux participants, qui se trouvent toujours en groupes de travail, de se reporter au **Document 7.4 Matrices de cartographie**. Expliquez qu'il est important de faire une carte spatiale du district comme première étape. Demandez ensuite aux participants de jeter un coup d'œil sur les matrices de cartographie. Discutez de l'information qui figure sur chacune d'entre elle en indiquant pourquoi la matrice peut s'avérer utile. Distribuez des exemplaires de la **Matrice 2** que chaque groupe de travail devra remplir, en indiquant que la matrice cherche à recueillir des informations sur les initiatives communautaires en santé et en nutrition et pas forcément sur la PCMA. Pour chacune de ces matrices, demandez aux groupes de mettre au point un plan montrant comment l'information sera collectée. Demandez à un groupe de présenter sa matrice aux autres groupes. Discutez en plénière.

Exposé participatif : Evaluations des capacités. Expliquez aux participants qu'une étape essentielle de la planification de la PCMA, tant dans les contextes d'urgence que ceux de non urgence, est celle de l'évaluation de la capacité du système de santé et

des partenaires en vue de soutenir la PCMA. Cela aide les planificateurs à identifier les fondements sur lesquels ils peuvent édifier leur système. L'évaluation comprend les éléments suivants :

- Une analyse approfondie du **contexte favorable à la PCMA** : Evaluer la capacité du Ministère de la Santé (MS) et des ONG partenaires à mettre en place la PCMA; identifier, créer ou adapter des politiques et directives nationales qui soutiennent la PCMA ; revoir les systèmes de suivi et de surveillance sanitaires dans le district, la région ou le pays où le programme sera mis en place ; et déterminer les ressources financières pour soutenir le programme.
- **Revoir les niveaux de compétences** et les outils de formation.
- **Mettre en œuvre la PCMA :** Extension communautaire (évaluation communautaire, mobilisation et formation communautaires, systèmes communautaires de dépistage et de référence), PEC MAS hospitalière, PEC MAS ambulatoire, PEC MAM, système de santé, composition du personnel de santé, intégration dans les soins de santé, liens avec d'autres initiatives pertinentes
- **Gérer les fournitures de la PCMA:** Fournitures d'aliments thérapeutiques (aliment thérapeutique prêt à l'emploi [ATPE], F75, F100, ResoMal, mélange combiné minéraux et vitamines [MVM], médicaments, équipement (balances, toises, bracelets gradués ou colorés pour mesurer le périmètre brachial [PB]), outils de suivi et de notification
- **Assurer une qualité de prestations pour la PCMA :** Outils et systèmes de soutien et de supervision, outils et systèmes de suivi, système de rapport, systèmes d'évaluation de la performance et couverture.

Groupes de travail : Pratique de l'évaluation des capacités pour la PCMA. Demandez aux participants de se reporter au **Document 7.5 Grille de capacité pour la PCMA au niveau du district** et aux grilles dans le **Document 7.7 Exemples de grilles de capacités pour la PCMA.** Discutez des grilles en indiquant dans quelles situations elles seraient le plus utiles. Demandez aux groupes de réfléchir à la colonne des éléments à traiter et de remplir les autres colonnes : Qui actuellement, comment actuellement, capacité du MS en la matière, lacunes, solutions et priorité. Demandez à un groupe de partager ses réponses.

Remarque: Les animateurs et les autres collaborateurs sont priés d'aider les groupes de travail alors qu'ils évaluent la capacité de leur ministère à mettre en place la PCMA.

Discussion en groupe : Analyse FFOM de l'étude de cas du Ghana. Rappelez aux participants le **Document 7.2 L'étude de cas : Analyse situationnelle au Ghana,** qu'ils devaient lire avant de commencer ce module. Demandez-leur s'ils ont des questions. Discutez-en le cas échéant. Demandez aux participants s'ils connaissent les analyses de FFOM. Expliquez que l'analyse est importante dans la planification du programme car elle permet de relever les forces, faiblesses, opportunités et menaces dans des domaines tels que la qualité du programme, la capacité, le renforcement des ressources humaines et tout aspect pertinent à l'introduction de la PCMA. Faites remarquer également que la meilleure manière de le faire est lors d'une séance avec les parties concernées qui participent aux programmes nutritionnels.

Groupes de travail : Pratique de l'analyse FFOM. Demandez aux participants de revenir dans leurs groupes de travail. Distribuez des exemplaires du **Document 7.6 Analyse FFOM pour la PCMA**. Demandez aux participants de remplir le tableau FFOM et de réfléchir aux forces, faiblesses de l'environnement actuel, et des opportunités et menaces à considérer pour la suite qui sont liées à l'introduction, à la mise en œuvre, au renforcement et à l'expansion de la PCMA dans leur région. En plénière, demandez à un groupe de présenter les forces dans son district, alors que les autres groupes présentent respectivement les faiblesses, les opportunités et les menaces .

OA.2

Groupes de travail : Pratique de la détermination des besoins en fonction de l'analyse situationnelle. Toujours en groupes de travail, demandez aux participants de discuter de l'ensemble des réponses et de déterminer les besoins pour une intervention en fonction de l'analyse de la situation. Les groupes de travail ne doivent pas oublier de spécifier la population cible, la couverture géographique et les délais d'exécution.

OBJECTIF D'APPRENTISSAGE 3 : Formuler un cadre logique pour la PCMA

OA.3

FORMATEUR : Revoyez le **Document 7.1 Eléments clés du cadre de la PCMA** et prenez connaissance du **Document 7.8 Utiliser un cadre logique pour la PCMA** et **du Document 7.9 Exemple d'un cadre logique pour la PCMA**.

Groupes de travail : Traduire les besoins en but et objectifs de l'intervention proposée. Demandez aux participants de formuler le but et les objectifs de l'intervention proposée en fonction des besoins identifiés, y compris la population cible, la zone géographique et les délais d'exécution. Demandez aux groupes de discuter du type et de la stratégie de la PCMA nécessaire dans leur région. Les groupes doivent déterminer si la PCMA doit être dispensée comme une urgence à court terme, une urgence dans l'optique d'une prestation à plus long terme ou une intervention de non-urgence. De plus, les groupes doivent discuter de la meilleure manière de gérer la PCMA : faut-il la (re)mettre dans les mains du MS ou la confier à une ONG, et encore faut-il l'intégrer aux soins de santé qui existent déjà ou leur donner une nature indépendante ? Les groupes doivent arriver à un consensus et faire le compte rendu en plénière.

Exposé participatif : Cadre logique pour la PCMA. Dessinez une grille sur une grande fiche et marquez les titres des colonnes tels qu'ils figurent sur le **Document 7.9 Exemple d'un cadre logique pour la PCMA**. Expliquez qu'un cadre logique équivaut à un outil simplifié de conception et de planification qui aide à déterminer les buts, les objectifs, les résultats, effets/activités et les ressources pour planifier la PCMA. Marquez les titres des lignes tels qu'ils figurent sur le **Document 7.9** tout en expliquant comment chaque composante essentielle (but, objectif, résultat, effet/activité) se distingue des autres. Utilisez comme guide le **Document 7.8 Utiliser un cadre logique pour la PCMA, Sections A et B**.

Demandez aux participants de se reporter au **Document 7.9** et demandez-leur de le lire en silence. En plénière :

- Demandez si quelqu'un peut expliquer la différence entre un "but" et un "objectif," et ensuite entre un "objectif" et un "résultat," et, enfin, entre un "résultat" et un "effet/activité" et une "ressources˝. Conseillez-leur de consulter le **Document 7.8** pour aider à articuler leurs réponses, si nécessaire.
- En vous reportant à la section Effets/Activités, demandez aux participants s'ils reconnaissent les cinq titres (résultats souhaités) sous lesquels apparaissent les effets/activités. Ce sont les cinq domaines dans les Eléments clés du Cadre de la PCMA, tel qu'indiqué dans le **Document 7.1**.
- Demandez pourquoi « les hypothèses » représentent une catégorie d'information importante. Que se passe-t-il si aucune hypothèse n'est émise ? Quel l'impact cela peut-il avoir quand on veut mesurer les résultats une fois que fonctionne la PCMA ?

En demandant aux participants de se reporter au **Document 7.8, Section C**, discutez la différence entre les indicateurs de performance et les indicateurs d'effet. Répondez aux questions.

Groupes de travail : Pratique de la formulation d'un cadre logique. Dans les mêmes groupes de travail, demandez aux participants de remplir un cadre logique pour la PCMA dans leur district en fonction des besoins qu'ils ont déterminés auparavant. Expliquez que le **Document 7.1 Eléments clés du cadre de la PCMA** est un cadre utile pour déterminer les effets/activités, comme dans l'exemple du **Document 7.9**, ci-dessus. En plénière, demandez aux groupes de travail de comparer les buts et objectifs et de donner des exemples des résultats, effets/activités et ressources. Discutez des hypothèses émises par chaque groupe ainsi que des indicateurs.

OBJECTIF D'APPRENTISSAGE 4 : Formuler un plan d'action pour la PCMA

OA.4

FORMATEUR: Revoyez le **Document 7.1 Eléments clés du cadre de la PCMA** et prenez connaissance du **Document 7.10 Calcul de l'estimation des cas de MAS**, **Document 7.11 Besoins, rôles et responsabilités des agents de santé**, **Document 7.12 Calculer les besoins estimés en matière de l'ATPE**, **Document 7.13 Vue d'ensemble des ressources pour la PCMA** et **Document 7.14 Matrice pour le plan d'action.**

Brainstorming : Informations essentielles à obtenir avant la planification. Demandez aux participants de revoir rapidement certaines étapes de la planification qu'ils ont déjà accomplies dans ce module jusqu'à présent, les conclusions auxquelles ils sont arrivés et les décisions qu'ils ont prises. Les points qu'ils soulèvent n'ont pas besoin d'être exhaustifs. Expliquez qu'en s'appuyant sur l'analyse situationnelle (besoins) et le cadre logique (conception et stratégie), l'étape suivante est celle du plan d'action. Cependant avant de formuler le plan d'action, il faut des informations supplémentaires. Demandez aux participants d'indiquer quelle serait à leur avis les informations essentielles à la formulation d'un plan d'action. Marquez les réponses sur une grande fiche, en posant des questions directives si c'est nécessaire pour susciter les réponses suivantes :

1. Définir la population cible et la couverture géographique, en estimant notamment le nombre de cas de malnutrition aiguë attendu
2. Identifier les sites PCMA, y compris les sites d'apprentissage
3. Déterminer les besoins en matière de personnel ainsi que les rôles et les responsabilités du personnel
4. Déterminer les besoins en matière d'ATPE et d'autres fournitures

Démonstration : Estimer le nombre de cas de malnutrition aiguë attendu. Expliquez aux participants qu'il est important de quantifier les paramètres de la prestation de soins. Ils peuvent déterminer la population cible grâce à leur travail sur l'analyse situationnelle et le cadre logique. La PCMA cible en priorité les enfants de moins de 5 ans bien que la population cible puisse être plus large ou plus étroite dans certains contextes. Une fois les paramètres identifiés, il est important de calculer le nombre estimé d'enfants qui ont besoin de la PCMA. Demandez aux participants de se reporter au **Document 7.10 Calcul de l'estimation des cas de MAS** et faites une démonstration du calcul.

Groupes de travail : Pratique de l'estimation des cas de MAS. Demandez aux participants de revenir à leur analyse situationnelle. En utilisant l'information qui a été dégagée, demandez-leur d'estimer le nombre de cas de MAS dans la zone de couverture géographique de leur aire d'activité proposée. (S'ils ne l'ont pas encore fait, on leur demandera de spécifier la couverture géographique ou administrative dans laquelle sera proposée la PEC MAS. Cela suppose que la PCMA n'est pas incluse dans la politique nationale et ne fait donc pas partie de l'enveloppe nationale des soins de santé essentiels ou des soins de santé de routine). Revoyez les calculs en plénière.

Exposé participatif : Identifier les sites d'apprentissage. Expliquez qu'un site d'apprentissage ou site pilote est un site où les agents de santé provenant d'autres sites peuvent venir pour acquérir les compétences nécessaires pendant une formation continue ou lors d'une visite d'étude. Demandez aux participants de nommer rapidement quelles sont, à leur avis, les caractéristiques d'un bon site

d'apprentissage/pilote (par exemple, forte capacité, accès facile, tuteur disponible). Faites remarquer également que la mise en place d'un site d'apprentissage assure une solide base à partir de laquelle la PCMA pourra être étendue. Ensuite il est important de définir comment les soins seront étendus à d'autres sites PEC MAS hospitalière et PEC MAS ambulatoires comme prévu tout en s'assurant qu'il existe les compétences d'extension nécessaires dans toutes les communautés ciblées.

Réponse suscitée : Aspects à envisager en choisissant les structures sanitaires de santé. Demandez aux participants ce dont il faudrait tenir compte pour choisir les éventuelles structures sanitaires pour la PCMA. Au titre des réponses possibles :

- Nombre suffisant de personnel qualifié (en fonction des politiques nationales) pour le nombre de cas prévus
- Nombre de cas attendus
- Espace suffisant dans les structures sanitaires
- Vérifier que les activités de la PCMA ne perturbent pas les autres activités en cours
- Stockage possible
- Accès à d'eau potable
- Zones accueillant des populations déplacées ou mobiles, ou zone où le nombre de cas est déjà élevé (hot spots)
- Demande communautaire

Discussion en groupe de travail : Identifier les sites d'apprentissage et d'implantation. Demandez aux participants, qui se trouvent encore en groupes de travail, de discuter des emplacements possibles pour les sites d'apprentissage et d'implantation. Demandez-leur de discuter des questions suivantes :

- Quels sont les meilleurs emplacements géographiques ?
- De quel type de soutien ont besoin ces sites ?
- Quels sont les sites qui se prêtent le mieux à ce qui est prévu et pourquoi ?

Demandez à chaque groupe de partager deux ou trois points clés de leur discussion. Discutez et répondez aux questions. Ensuite, demandez aux participants de discuter de la manière dont ils procéderaient pour étendre à plus grande échelle la PCMA à partir du site d'apprentissage :

A quelle cadence vont-ils étendre la PCMA à plus grande échelle ?

- Comment peuvent-ils renforcer les capacités dans les nouveaux sites PEC MAS ambulatoire ?
- Comment vont-ils décider de la zone où ils vont étendre la PCMA ?

Demandez à chaque groupe de partager deux ou trois points clés de leur discussion.

Lecture : Comprendre les besoins en personnel. Demandez aux participants de se reporter au **Document 7.11 Besoins, rôles et responsabilités des agents de santé** et demandez-leur de le lire en silence**.** Répondez aux questions.

Pratique : Calculer les besoins en matière d'ATPE. Rappelez aux participants que l'ATPE est une composante essentielle de la PCMA et il est essentiel d'estimer les besoins en matière d'ATPE. Demandez aux participants de se reporter au **Document 7.12 Calculer les besoins estimés en matière d'ATPE.** Discutez de l'exemple donné et répondez aux questions. Demandez ensuite aux participants de calculer les besoins estimés en matière d'ATPE pour la PCMA planifiée dans leur district en fonction

du nombre de cas de MAS estimés ci-dessus.

Discussion en groupe : Accès à l'approvisionnement de la PCMA. Demandez aux participants de se reporter au **Document 7.13 Vue d'ensemble des ressources pour la PCMA**. Discutez de chaque catégorie : personnel, équipement et fournitures, transport, constructions matérielles et équipement par site. (Faites remarquer que puisqu'on parle de l'ATPE, l'approvisionnement effectif devrait se fonder sur les besoins en matière d'ATPE calculés ci-dessus). Demandez aux participants quelles sont les autres fournitures de la liste qui sont difficiles à obtenir et ce qu'ils devront faire pour les obtenir. Discutez et répondez aux questions.

Groupes de travail : L'utilisation de la matrice pour développer le plan d'action. Demandez aux participants de se reporter au **Document 7.14 Matrice pour le plan d'action.** Discutez de l'ensemble des catégories et comment réfléchir à la manière d'organiser le déroulement des activités. Demandez aux participants de revenir dans leurs groupes de travail et en s'inspirant de ce qu'ils ont déjà fait dans le cadre d'activités passées, demandez-leur de :

- Faire une liste de toutes les activités planifiées en utilisant les éléments clés de la PCMA, tels qu'ils sont indiqués dans le **Document 7.1**, afin de classer les activités
- Formuler un calendrier d'exécution
- Indiquer les personnes responsables et les ressources pour chaque activité

Demandez aux participants de présenter leurs plans d'action en plénière, afin d'avoir ainsi du feedback et les suggestions d'autres participants.

Remarque : La planification logistique peut être faite séparément elle inclut des actions spécifiques sur l'organisation des transports, l'hébergement, l'équipement, le matériel et les fournitures, y compris les outils de suivi et de rapport.

OBJECTIF D'APPRENTISSAGE 5 : Planifier pour des cas spéciaux : plans de transition et de contingence

OA.5

FORMATEUR : Prenez connaissance du **Document 7.15 Matrice pour planifier la transition de la PCMA** et **Document 7.16 Directives pour le plan de contingence de la PCMA**. Se reporter au **Document 7.5 Grille des capacités pour la PCMA au niveau district**, si nécessaire.

Brainstorming : Planification de la transition. Expliquez aux participants que la transition est un processus de passage durant lequel on prépare et on planifie le transfert progressif des rôles et des responsabilités de la PCMA au MS jusqu'à délégation complète de toutes les activités. Il faut souligner que, dans de nombreux endroits, la PCMA a été démarrée par des ONG en collaboration avec le MS ou le bureau de santé local/du district. Dès le départ, un plan doit prévoir que le MS reprendra en main les rênes et le contrôle de la PCMA, surtout si la PCMA est intégrée aux soins de santé de routine. La planification est également nécessaire si l'intervention est sur du court terme et doit être supprimée progressivement.

Sur une grande fiche, dessinez un tableau avec deux colonnes, appelées « La PCMA dans les situations d'urgence » et « La PCMA dans les situations non urgence». Demandez aux participants de faire un brainstorming sur les différences entre la PCMA d'urgence et la PCMA de non urgence (gestion, buts, objectifs, ressources, intensité, priorité au sein du système de santé, composition du personnel, composantes, fournitures, qualité, compétences). Marquez les idées sur la grande fiche. En fonction de ces différences, demandez aux participants ce qu'ils doivent envisager pendant la planification de la PCMA lorsqu'ils passent d'un contexte d'urgence à celui de non-urgence.

Groupes de travail : Pratique de la planification pour la transition. Demandez aux participants de se reporter au **Document 7.15 Matrice pour planifier la transition de la PCMA** et dites-leur de se reporter à leur évaluation de la capacité au niveau district. Demandez à chaque groupe de travail de remplir la matrice. Demandez aux groupes de comparer les **adaptations possibles :** C'est une activité très spécifique au contexte. Les formateurs doivent absolument l'adapter aux besoins du public et l'ajuster en fonction du temps passé sur ce thème. Cela sera discuté de manière bien plus détaillée dans le cadre de l'**Objectif d'apprentissage 4 : Formuler un plan d'action pour la PCMA.** Cela peut également faire partie de la grille de capacités de la PCMA (voir **Document 7.5 Grille de capacités pour la PCMA au niveau district** pour référence) plutôt qu'une activité séparée. Les rôles professionnels des participants influenceront également cette activité. En effet, les responsables des soins de santé pourront réfléchir au soutien à long terme de la PCMA alors que les agents de santé peuvent être davantage préoccupés par la qualité de la PCMA avec le nombre de personnels dont elle dispose actuellement.

Exposé participatif. Expliquez aux participants que la situation nutritionnelle dans un pays est souvent incertaine. En effet, des circonstances imprévues ou des événements inattendus, comme des troubles ou des catastrophes naturelles, peuvent faire augmenter rapidement le nombre de cas de MAS parmi des populations déjà vulnérables. Il est d'importance critique de planifier pour ces contingences de sorte que le système soit préparé à prendre en charge un nombre accru de cas.

Pour le plan de contingence, il faut déterminer la limite, à savoir le point à partir duquel le nombre de cas dépasse la capacité à les prendre en charge. Voici les facteurs à envisager :

- Nombre d'agents de santé disponibles pour la PCMA par structure sanitaire
- Nombre de cas attendu

- Disponibilité d'un plan stratégique pour traiter un nombre de cas qui dépasse la capacité de la PCMA

OA.5

Dans les situations d'urgence, il est important d'envisager le type de structures sanitaires qui offrent la PCMA. Il faut également savoir si un plus grand nombre de sites PCMA sera nécessaire et où on pourra les trouver. Il est également important d'estimer les besoins en ressources humaines et en fournitures.

Discussion en groupe : Plan de contingence. Demandez aux participants de partager des exemples de toute planification des contingences qu'ils ont déjà faite dans leur système de santé ou structures sanitaires, pour une situation quelle qu'elle soit (pas forcément la sous-nutrition). Posez-leur les questions suivantes:

- Quel est le type de fluctuations dans la situation sanitaire ou nutritionnelle qu'ils rencontrent couramment dans leur communauté ?
- Quels sont certains des éléments clés qu'il faut envisager ?

Demandez aux participants de se reporter au **Document 7.16 Directives pour le plan de contingence de la PCMA**. Montrez le **processus du plan de contingence** sur la grande fiche et demandez aux participants de décrire les éléments fondamentaux de toutes les grandes étapes.

SYNTHÈSE ET ÉVALUATION DU MODULE

Méthode proposée : Revoir les objectifs d'apprentissage et remplir la fiche d'évaluation

- Revoyez les objectifs d'apprentissage du module. Dans ce module, vous avez :

  1. Décrit les éléments clés de la PCMA et préparé le processus de planification
  2. Identifié les composantes clés d'une analyse situationnelle, et fait une analyse situationnelle de base
  3. Formulé un cadre logique pour la PCMA
  4. Formulé un plan d'action pour la PCMA
  5. Planifié pour les cas spéciaux : plans de transitions et de contingence

- Demandez aux participants s'ils ont des questions ou du feedback à donner sur ce module.

- Demandez aux participants de remplir la fiche d'évaluation.

MODULE SEPT

LES DOCUMENTS POUR LA PLANIFICATION DE LA PCMA AU NIVEAU DU DISTRICT

Objectifs d'apprentissage	Documents à distribuer et exercices
1. Décrire les éléments clés de la PCMA et préparer le processus de planification	• Document 7.1 Eléments clés du cadre de la PCMA
2. Identifier les composantes clés d'une analyse situationnelle et réaliser une analyse situationnelle de base	• Document 7.2 l'Etude de cas: Analyse situationnelle au Ghana • Document 7.3 Evaluer la situation nutritionnelle • Document 7.4 Matrices de cartographie • Document 7.5 Grille de capacités pour la PCMA au niveau district • Document 7.6 Analyse FFOM pour la PCMA • Document 7.7 Exemples de grilles de capacités pour la PCMA
3. Formuler un cadre logique pour la PCMA	• Document 7.1 Eléments clés du cadre de la PCMA • Document 7.8 Utiliser un cadre logique pour la PCMA • Document 7.9 Exemple d'un cadre logique pour la PCMA
4. Formuler un plan d'action pour la PCMA	• Document 7.1 Eléments clés du cadre de la PCMA • Document 7.10 Calcul de l'estimation des cas de MAS • Document 7.11 Besoins, rôles et responsabilités des agents de santé. • Document 7.12 Calculer les besoins estimés en matière d'ATPE • Document 7.13 Vue d'ensemble des ressources pour la PCMA • Document 7.14 Matrice pour le plan d'action
5. Planifier pour des cas spéciaux : plans de t ransition et de contingence	• Document 7.15 Matrice pour planifier la transition de la PCMA • Document 7.16 Directives pour le plan de contingence de la PCMA
Synthèse et évaluation du module	

DOCUMENT 7.1
Eléments clés du cadre de la PCMA

Eléments clés de la PCMA
1. Contexte favorable pour la PCMA
Direction pour la PCMA du ministère de la santé (MS) : Comité de concertation, groupes de travail
Coordination de la PCMA du MS
Intégration nationale de la PCMA dans les politiques et plans stratégiques de santé et de nutrition
Plaidoyer pour l'intégration de la PCMA (basé sur évidence)
Unité de soutien pour renforcer les compétences et la qualité de la PCMA
Directives nationales de la PCMA
Base de données et répertoires nationaux
Financement durable
Traitement gratuit des enfants de moins de 5 ans avec malnutrition aiguë
Plan de contingence
2. Compétences pour la PCMA
Formation de base
Formation continue
Sites et visites d'apprentissage
Responsabilisation des agents de santés (description des tâches, rôles, responsabilités, motivations) et la motivation
Echange d'information
Recherche
3. Accès à la PCMA
Mise en place initiale des sites d'apprentissage et expansion progressive de la PCMA
PEC MAS hospitalière dans les structures sanitaires centralisées opérant 24 heures sur 24
Expansion de la PEC MAS ambulatoire dans les structures sanitaires décentralisées
Système de référence entre la PEC MAS hospitalière et la PEC MAS ambulatoire
Agents de santé qualifiés
Extension communautaire pour la sensibilisation communautaires, dépistage et référence, et visites à domicile pour la PCMA
Intégration de la PCMA dans les soins de santé de routine
Liens entre la PCMA et les systèmes de santé informels
Liens entre la PCMA et les autres services communautaires et réseaux de protection
4. Accès aux fournitures de la PCMA
Approvisionnement en fournitures de la PCMA
Gestion de l'équipement et des fournitures de la PCMA
Capacité de production nationale pour l'aliment thérapeutique prêt à l'emploi (ATPE)
5. Qualité de la PCMA
Adhésion aux protocoles de traitement standardisés
Outils standardisés
Soutien et supervision
Suivi individuel des soins
Suivi de la performance de la PCMA en lien avec le SNIS
Système de rapport minimal
Evaluation de la PCMA, y compris la couverture

DOCUMENT 7.2
Etude de cas : Analyse situationnelle, Ghana

La présente analyse situationnelle a été réalisée en août 2007 en préparation d'un projet pilote visant à introduire la PCMA dans les services de santé du Ghana (GHS). Elle présente une vue d'ensemble de la situation nutritionnelle et montre comment la sous-nutrition est prise en charge au Ghana. A une étape ultérieure, une fois identifiés les districts pilotes, on a refait l'analyse situationnelle au niveau district, en dégageant une information plus détaillée pour la planification de la PCMA au niveau district.

1. SITUATION NUTRITIONNELLE AU GHANA

L'enquête par grappes à indicateurs multiples (EGIM)[1] indique une prévalence de 18% de l'insuffisance pondérale (rapport Poids-Age [P/A]) et une prévalence de 22% de retard de croissance staturale (rapport Taille-Age [T/A]) chez les enfants de moins de 5 ans. L'émaciation (rapport Poids-Taille [P/T]) affecte 5 % des enfants de moins de 5 ans. Aucune information n'est disponible sur la prévalence des œdèmes bilatéraux, mais il existe probablement une incidence relativement élevée de kwashiorkor car de nombreux cas auraient été admis dans les hôpitaux de référence, surtout pendant la période de soudure (de mars à septembre). La malnutrition aiguë est la plus importante dans les trois régions du nord (Upper East, Upper West et Northern), de l'Est (région de la Volta) et dans le Grand Accra où les niveaux peuvent aller jusqu'au double de la moyenne nationale. Globalement, le Ghana se situe au 15e rang de la charge de morbidité la plus élevée d'enfants souffrant d'émaciation grave.[2]

Le tableau ci-après présente les résultats des enquêtes nutritionnelles réalisées dans différentes régions du Ghana. Aucune des enquêtes n'a mesuré les œdèmes bilatéraux ou le périmètre brachial (PB).

Tableau 1. Taux de sous-nutrition dans les régions prioritaires du Ghana (indicateurs basés sur la référence du NCHS) (Enquêtes démographiques et de santé [EDS] 2003 et EGIM 2006 et GHS 2005)

Source (groupe d'âge)	**Date**	**Zone géographique**	**Emaciation grave P/T** (% < -3 z-score)	**Emaciation P/T** (% < -2 z-score)	**Retard de croissance staturale T/A** (% < -2 z-score)	**Insuffisance pondérale P/A** (% < -2 z-score)
EDS (0-59 mois)	août/octobre 2003	Niveau National	1.3	7.1	29.9	22.1
		Upper East Region	**2.4**	12.9	31.7	32.4
		Upper West Region	**2.6**	11.0	34.1	25.9
		Northern Region	1.0	6.6	48.8	35.5
		Volta Region	**3.1**	13.9	23.3	25.7
		Greater Accra Region	**2.7**	7.2	13.9	11.5
		Central Region	0.0	3.0	31.6	22.0
EGIM (0-59 mois)	août/octobre 2006	Niveau National	0.9	5.4	22.4	17.8
		Upper East Region	**2.8**	11.6	28.4	29.1
		Upper West Region	0.3	7.7	22.5	19.1

[1] Enquête par grappes à indicateurs multiples 2006, Service statistique du Ghana, février 2007.
[2] Wasting time for wasted children: severe child under-nutrition must be resolved in non-emergency settings, (Temps perdu pour enfants émaciés : la sous-nutrition sévère doit se régler dans un cadre de non-urgence) Viewpoint, R. Gross and P. Webb, The Lancet, 2006; 367:1209-1211.

		Northern Region	1.1	7.1	30.5	26.8
		Volta Region	**2.1**	4.8	20.9	20.3
		Greater Accra Region	1.1	3.1	7.7	9.8
		Central Region	0.0	3.7	26.4	16.3
GHS (0-59 mois)	2005	Dangbe East District, Greater Accra Region	ND	9.4	ND	ND
		Ga District, Greater Accra Region	ND	9.9	ND	ND

2. CAPACITÉS POUR LA PCMA

2.1 Contexte favorable à la PCMA

Organisation du système de santé Ghanéen

Le système de santé ghanéen est administré par trois entités primaires : le Ministère de la Santé (MS), le GHS et les structure sanitaires de santé privées et les missions. Le MS est responsable de la formulation de la politique de santé nationale, de la mobilisation des ressources et de la réglementation de la prestation des soins de santé. Il est également responsable de l'élaboration de la formation de base pour les professions de la santé, la formation des médecins incluse. Les trois hôpitaux universitaires font partie du MS tout en disposant d'une certaine autonomie. Le GHS, entité autonome, est responsable de la prestation des soins de santé conformément aux politiques du MS, par l'intermédiaire des hôpitaux (non universitaires) et des centres de santé publics. Le GHS apporte une formation continue pour le personnel de santé et formule les directives et plans guidant la mise en œuvre des politiques nationales. Les structures sanitaires privées et confessionnelles, comme les hôpitaux des missions, administrent 40% des soins de santé dans le pays. De nature indépendante, ces structures sanitaires sont régies par les politiques nationales du MS et les directives du GHS. Ils présentent également des statistiques au GHS.

Le GHS est organisé en huit divisions, regroupant les services administratifs, financiers et de soins. Les soins de santé sont dispensés par deux divisions : Les soins institutionnels qui couvrent les services cliniques et La santé publique qui couvre la protection maternelle et infantile ainsi que la nutrition (MCHN). La Division de la Santé publique compte trois départements : Santé familiale, Promotion de la santé ainsi que Surveillance et contrôle des maladies. Le département de la Santé familiale comprend l'Unité nutritionnelle et l'Unité de santé reproductive et infantile. L'Unité nutritionnelle est composée d'un personnel chargé de la prise en charge de la malnutrition aigue, de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) ainsi que de la supplémentation et fortification en micronutriments. Des responsables de la nutrition sont affectés au niveau régional et du district, et un directeur de la santé, en charge de la nutrition et d'autres activités de santé, intervient au niveau du sous-district.

Politiques de santé et de nutrition

Le Programme de travail quinquennal du MS planifie les programmes nationaux prioritaires dans le domaine de la santé et de la nutrition. Dans le Programme annuel de travail de 2007, la priorité est accordée à la nutrition préventive par le biais d'actions essentielles en nutrition (AEN), ANJE et fortification/ supplémentation en micronutriments. Le Programme de travail spécifie la prise en charge de la malnutrition, tant dans les structures sanitaires que dans la communauté, sans toutefois la définir davantage.

Les priorités nutritionnelles du GHS sont données dans un document stratégique intitulé « Imaginez un Ghana sans malnutrition. » A l'instar du Programme de travail du MS, il accorde une grande importance à la prévention, mais dans le but général « d'aider à réduire la malnutrition. » Les

objectifs spécifiques consistent à « fournir des soins curatifs aux personnes souffrant de malnutrition » et « améliorer la prise en charge des enfants souffrant de malnutrition protéino-énergétique. » Tout comme dans le Programme de travail du MS, le terme « malnutrition » n'est pas défini.

Pour le MS, la nutrition relève d'une priorité. En général, la malnutrition aiguë sévère (MAS) est reconnue comme une priorité médicale qui doit être prise en charge. L'Unité nutritionnelle du GHS s'intéresse beaucoup à la prise en charge à base communautaire de la malnutrition aiguë (PCMA) mais ne dispose pas de la capacité nécessaire pour diriger le processus de renforcement de la PCMA. La plupart des principales organisations intervenant au niveau de la nutrition étaient représentées à la réunion organisée, le 23 août 2007 à Accra, par l'Agence des Etats-Unis pour le Développement international (USAID) et le Projet d'appui technique pour l'alimentation et la nutrition (FANTA), et toutes étaient vivement intéressées et souhaitaient participer au renforcement de la PCMA.

Le Programme élargi de vaccination (PEV), la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME), l'éradication de la dracunculose et la fourniture du traitement antirétroviral (TAR) pour le VIH comptent parmi les autres priorités et stratégies pour la santé du GHS.

Directives nationales pour la PCMA

Il n'existe pas de directives nationales pour la PCMA au Ghana. Une politique de récupération nutritionnelle rédigée en 1995 représentait un grand pas en avant dont la mise à jour s'avère pourtant nécessaire. Les hôpitaux et les centres de récupération nutritionnelle (CREN) ont parfois leur propre protocole de traitement mais ceux-ci ne sont pas standardisés et varient d'une structure sanitaire à l'autre. Par conséquent, la sous-nutrition est décrite souvent en termes vagues, sans spécificité, allant de l'insuffisance pondérale à la perte de poids ou à l'émaciation, faisant que la malnutrition aiguë n'est pas identifiée, référée ou traitée de manière uniforme.

Information, recherche et documentation

La surveillance nutritionnelle est faible et la plupart des informations proviennent du suivi de la croissance (rapport P/A). On ne dispose d'aucune information sur l'émaciation (rapport P/T ou Périmètre brachial [PB]) ou les œdèmes bilatéraux.

Il existe un certain partage d'expériences et d'informations concernant la nutrition, par le biais du groupe de travail technique inter-organisationnel pour la nutrition, organisé régulièrement par l'USAID/GHANA pour les bailleurs de fonds, les Nations Unies (NU) et certaines organisations non gouvernementales (ONG).

Le Département des sciences pour la nutrition et l'alimentation de l'Université du Ghana, en partenariat avec l'Université de Californie à Davis (Etats Unis), mène une recherche sur les suppléments en nutriments à base de lipides (LNS) pour la prévention de la malnutrition ou la PEC MAM. Il existe d'autres instituts de recherche au Ghana qui mènent des recherches sanitaires, nutritionnelles et médicales : Food Research Centre, l'Institut Noguchi Mémorial pour les recherches médicales (faisant partie de l'Université du Ghana, Collège des Sciences de Santé), l'Unité de recherche pour la santé du GHS, et des Centres de recherche pour la santé de Kintampo et de Navrongo.

Disponibilité du financement

Les partenaires d'exécution d'USAID soutiennent l'Initiative à base communautaire de planification et services de santé (CHPS) et le GHS en général. L'Agence de coopération internationale du Japon soutient également l'expansion de la couverture du CHPS. Le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) apporte un soutien au programme Action nutritionnelle intégrée contre la malnutrition (INAAM) du Catholic Relief Services (CRS) dans la région Upper West. De plus, l'UNICEF a engagé des fonds pour l'achat de l'aliment thérapeutique prêt à l'emploi (ATPE), en 2008. Actuellement, il n'existe pas de financement au Ghana pour la formation ou l'achat de fournitures thérapeutiques, y compris les aliments thérapeutiques (laits thérapeutiques, ATPE). La Banque mondiale fournira prochainement 15 millions de dollars US pour des programmes de nutrition de prévention qui seront confiés au GHS.

2.2. Compétences pour la PCMA

L'atelier de formation de juin 2007 était la première introduction au protocole de l'OMS pour la prise en charge de la MAS.

Le manque de directives nationales pour la PCMA veut dire que la formation avant l'emploi et en cours d'emploi (ainsi que le programme de formation) sont inadéquates, que ce soit pour les médecins, les infirmiers ou les nutritionnistes. Certaines structures sanitaires ont pu consulter le protocole de l'OMS sur l'Internet et ont mis en place une formation sur le tas après l'atelier de juin 2007 mais par contre il n'existe pas de programmes formels. Le GHS n'a pas profité de la présence des programmes des ONG pour la PCMA, comme on a pu le voir dans des pays avec des urgences répétées et un niveau élevé d'expertise internationale (Ethiopie, Malawi, Niger, Soudan).

2.3. Accès aux soins de santé pour la PCMA

PEC MAS hospitalière
Les hôpitaux au Ghana dispensent des soins pour la prise en charge de la malnutrition aiguë mais ne disposent pas de protocole de traitement uniforme. La récupération nutritionnelle se fonde sur le lait enrichi. Environ 10 des 42 CREN offrent de la PEC MAS hospitalière avec régime alimentaire amélioré à base de bouillie enrichie et d'aliments locaux. Aucun programme d'ONG ne dispense une prise en charge hospitalière de la MAS (PEC MAS hospitalière) basée sur le protocole de traitement de l'OMS 1999 ou la PCMA.

PEC MAS ambulatoire
La prise en charge ambulatoire de la MAS (PEC MAS ambulatoire) dans les 42 sites de CREN (nombre incertain) offre un régime alimentaire amélioré de bouillie enrichie et d'aliments locaux. L'ONG CRS apporte une PEC MAS ambulatoire avec le soutien de l'UNICEF dans la région Upper West (voir section 3 ci-après) sans protocole de traitement précis.

Système de soins de santé
Le pays comprend 10 régions, divisées en 139 districts. Chaque région compte un hôpital régional qui est le niveau de référence le plus élevé dans le système de santé. Les hôpitaux de district interviennent au niveau du district bien qu'ils diffèrent quant à la composition du personnel et des équipements. Certains nouveaux districts n'ont pas d'hôpital. Les districts sont divisés à leur tour en sous districts qui comptent des centres de santé. Les centres de santé disposent d'un personnel composé d'infirmiers et de paramédicaux. Certains centres de santé dans les zones urbaines, appelés polycliniques, comptent des médecins au sein de leur personnel.

Le GHS intervient à chaque niveau administratif par le biais des directions sanitaires régionales, des directions sanitaires de district et directions sanitaires de sous-district. Il a été décidé récemment que les soins pour les enfants de moins de cinq ans seraient gratuits bien que la décision ne soit pas appliquée uniformément et que le remboursement du niveau central aux structures sanitaires n'ait pas encore eu lieu. Aussi, certaines structures sanitaires n'ont guère d'autres choix que de faire payer pour les soins donnés aux enfants de moins de cinq ans. Un nouveau programme national d'assurance maladie couvre les coûts pour les personnes indigentes qui doivent être inscrites au programme. Plusieurs des structures sanitaires visitées par FANTA encouragent vivement ou même aident les patients à s'inscrire au programme d'assurance. Seulement, le coût de la photo nécessaire pour la carte de l'assurance est souvent cité comme un obstacle à l'inscription.

Au-delà du niveau du sous-district, les soins de santé communautaires sont dispensés par le biais de divers mécanismes. Deux d'entre eux, parmi les plus développés, sont les sites de soins d'extension communautaire pour le bien-être de l'enfant et les zones CHPS. Les centres de santé peuvent organiser des activités d'extension communautaire pour le bien-être de l'enfant dans une structure communautaire ou sous un arbre, où des infirmiers et des bénévoles communautaires dispensent des soins de suivi et les programme de croissance à assise communautaire (PCAC) pour les enfants de moins de cinq ans, des soins prénatals et post-natals, le PEV, le traitement de maladies mineures, une éducation sanitaire et nutritionnelle, les premiers secours et la référence. FANTA a observé de 50 à plus de 100 mères et enfants lors de chaque séance d'extension communautaire visitée. En effet,

c'est grâce à une mobilisation communautaire solide et efficace que la participation est élevée dans les soins mensuels.

Ensuite, les zones CHPS comprennent des communautés de 3000 à 4500 personnes (généralement une à trois communautés) dans lesquelles est affecté un responsable de santé communautaire [3] qui dispense des soins de santé primaires (SSP) dans une concession du CHPS (maison et bureau de l'infirmier ou de l'infirmière, construite par la communauté) ainsi que par le biais de visites de suivi à domicile fréquentes. Le responsable de santé communautaire est aidé par un certain nombre de bénévoles de santé communautaire choisis par le comité de santé communautaire, celui-ci est composé de dirigeants communautaires, de groupes de femmes et de jeunes, d'accoucheuses et d'autres personnes. L'extension pour le bien-être de l'enfant n'est pas prodiguée dans tous les centres de santé, et bien que les zones CHPS soient bien planifiées au niveau national, la couverture en zones actives, c'est-à-dire celles disposant d'un responsable de santé communautaire formé et équipé et de bénévoles actifs, reste encore très limitée, les zones actives se concentrant dans la Région Upper East. Actuellement, dans la plupart des districts du pays, moins de 10% des zones CHPS sont actives. Le GHS vise à obtenir d'ici 2015 une couverture de 100% de tous les districts du Ghana.

La sous-nutrition est traitée dans la PEC MAS hospitalière, ainsi que dans la PEC MAS hospitalière ou ambulatoire des CREN. Généralement, les abandons du traitement sont nombreux. Le manque de directives nationales de la PCMA se traduit par un traitement non standardisé et des critères d'admission non uniformes, allant d'un faible rapport P/A à un faible rapport P/T et à la perte de poids à l'émaciation visible. Par conséquent, le dépistage de la sous-nutrition dans ces structures sanitaires ne cible pas et n'identifie pas toujours la malnutrition aiguë, entravant ainsi l'accès à la PCMA. Les hôpitaux ont tendance à admettre les enfants avec malnutrition aiguë au service de pédiatrie ou dans une salle spécifique pour le traitement de la malnutrition. Par exemple, l'Hôpital d'enfants Princesse Mary Louise à Accra a réservé une de ses quatre salles aux cas de malnutrition sévère. Au moment de la visite, plus d'un quart de tous les patients hospitalisés étaient des enfants souffrant de MAS.

Les CREN dont certains dispensent une PEC MAS hospitalière ont tendance à être regroupés dans les zones urbaines. La référence de la PEC MAS hospitalière vers les CREN pour continuer la récupération nutritionnelle en PEC MAS ambulatoire n'est faite que lorsqu'il existe un CREN dans les alentours. Les CREN avec la PEC MAS de jour réfèrent effectivement les cas graves vers la PEC MAS hospitalière. Dans les CREN, les mères des enfants malnutris apprennent à préparer l'aliment amélioré en recevant directives et conseils de la part des agents de santé.

Aussi, existe-t-il un système de soins de santé bien développé au Ghana, allant des points d'extension communautaire pour le bien-être de l'enfant aux zones CHPS dispensant des soins de santé primaires, aux centres santé et hôpitaux dispensant des soins de santé primaires et secondaires aux niveaux sous-district et district. Ce système offre un bon potentiel pour intégrer la PEC MAS ambulatoire et hospitalière à cette structure.

Composition du personnel

Généralement, les hôpitaux et les centres de santé disposent d'un personnel adéquat, à quelques exceptions près dans les nouveaux districts. Les centres de santé organisent l'extension communautaire par l'intermédiaire des points satellites ou des zones CHPS. Les centres de santé comptent des infirmiers d'état, des infirmiers communautaires et/ou des sages-femmes. Comme on a pu le noter, les zones CHPS disposent d'un responsable de santé communautaire. Dans le cadre d'une initiative récente, le Ministère de la main-d'œuvre, de la jeunesse et de l'emploi a recruté et formé des étudiants de deuxième cycle pour qu'ils puissent devenir des agents d'extension. Ces étudiants réalisent des tâches pour différents organismes gouvernementaux, la santé étant l'un des secteurs, et peuvent ainsi devenir des agents de santé d'extension.

En principe, les rangs du personnel d'un CREN devraient compter un responsable de la nutrition (niveau licence) et un responsable technique de la nutrition (demandant un diplôme en deux ans). Mais en fait, bien souvent ils n'ont qu'un seul responsable, le responsable technique de la nutrition

[3] Un responsable de santé communautaire est un infirmier/infirmière ou une sage-femme qui a reçu une formation supplémentaire.

qui est moins qualifié. Il se peut qu'un infirmier ou une infirmière dirige le CREN . L'agent de santé du CREN est parfois secondé par des bénévoles communautaires ou des agents de santé d'extension.

Les activités d'extension communautaire bénéficient de l'aide supplémentaire des bénévoles de santé communautaire et des comités de santé communautaire.

Systèmes de dépistage et de référence communautaires
Le dépistage communautaire pour la malnutrition aiguë est limité aux points d'extension pour le bien-être de l'enfant organisés à partir des centres de santé et utilisant la perte de poids ou l'émaciation visible comme indiqué sur une courbe de croissance du P/A.

Les cas sont référés entre les hôpitaux et les CREN mais par contre il n'existe aucun lien entre les CREN et les communautés. Le dépistage et la référence à base communautaire des cas de MAS vers les CREN s'avéreraient bien problématiques sans système institutionnalisé d'extension communautaire. De plus, un dépistage communautaire actif de la MAS entraînerait un net accroissement dans le nombre de cas, situation qui serait difficile à assumer pour les CREN. Et sans extension communautaire pour un dépistage précoce, référence et suivi des cas par le biais des agents d'extension communautaire ou des infirmiers et responsables de santé communautaire reliés aux bénévoles communautaires, il sera difficile pour les CREN de dispenser de la PEC MAS ambulatoire.

2.4. Accès aux fournitures de la PCMA

Les aliments thérapeutiques comme les laits F75 et F100, le mélange minéraux et vitamines et le ReSoMal ne sont pas disponibles au Ghana. Les hôpitaux et les CREN préparent et administrent des recettes lactées améliorées, des bouillies à base de céréales et des aliments locaux. On ne peut toutefois pas les envisager comme des aliments thérapeutiques car ils manquent de micronutriments et n'ont pas la densité énergétique nécessaire. Même quand ces institutions préparent des aliments améliorés, il faudra les administrer comme supplément aux bouillies à cause des quantités insuffisantes. Les CREN ont tendance à donner deux ou trois repas par jour, préparés avec de l'eau, demandant aux mères de l'enfant d'amener leurs enfants au CREN entre 8 h et 14 h du lundi au vendredi. Ce calendrier exigeant provoque des taux élevés d'abandon, une fréquentation irrégulière et de nombreuses rechutes car les enfants n'ont pas entièrement récupéré en dépit du gain de poids.

Certains professionnels se sont montrés extrêmement novateurs. En effet, dans le cadre de plusieurs initiatives, des laits et aliments fortifiés sont préparés et calqués sur les formules de recettes de F75, F100 et ATPE, en fonction des directives de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) trouvées par internet. Mais à cause du manque de minéraux et du niveau énergétique nécessaire, les formules correctes de F75, F100 ou ATPE n'ont pas pu être obtenues. Un nutritionniste avait une pharmacie locale pour produire le mélange minéraux/énergie nécessaire mais là aussi la formule s'est avérée incomplète et onéreuse. L'Hôpital d'enfants Princesse Marie Louise à Accra fabrique une pâte d'arachide dans ses cuisines, calquée sur l'ATPE, mais le contenu en minéraux et vitamines est incomplet. L'hôpital produit 5 kg de pâte d'arachide tous les deux jours qui sont conditionnés très soigneusement dans des récipients en plastique avec couvercle.

On estime que le traitement de **tous** les enfants de moins de 5 ans au Ghana avec MAS demanderait **958 tonnes** de l'ATPE par an. Les calculs se fondent sur le taux de prévalence en points de pourcentage de la MAS augmenté du taux d'incidence annuel attendu, de la distribution quotidienne de 200 kilocalories de l'ATPE par kilogramme du poids corporel, du poids moyen de 8 Kg de la population des enfants affectés et d'une durée moyenne de traitement de huit semaines. Par ailleurs, on ne s'attend jamais à ce que la PCMA couvrent le pays dans son entier ou obtienne une couverture nationale pendant les premières années de sa mise en œuvre. Au contraire, la PCMA devrait démarrer dans les sites d'apprentissage et cibler des groupes spécifiques et limités dans des endroits spécifiques avant d'être étendue progressivement à l'échelle nationale.

Le PAM fournit un aliment mélangé fortifié (AMS) (par exemple un aliment mélangé de maïs–soja [CSB]) qui est préparé avec de l'eau dans certains CREN mais il ne s'agit pas d'un aliment

thérapeutique. Un aliment mélangé fortifié appelé Weanimix[4] a également été fabriqué au Ghana. Certains hôpitaux et centres de santé ont reçu des moulins pour la production de ces mélanges locaux ainsi que pour la création de revenus supplémentaires provenant de la mouture.

Le système de fourniture des médicaments essentiels est généralement bien établi. L'approvisionnement des médicaments est organisé par le biais des pharmacies centrales. Aucune pénurie de médicaments n'a été signalée dans les endroits visités.

Les hôpitaux et les CREN manquent de pèse-bébés et parfois de toises. Les registres et dossiers des patients ainsi que les formulaires statistiques ne sont pas standardisés et dépendent des efforts faits en la matière par chaque structure sanitaire prise individuellement.

En revanche, le programme CRS INAAM dispose de quantités suffisantes de l'aliment thérapeutique ainsi que de l'équipement de mesure nécessaire. Par ailleurs, son protocole de traitement médical ne comprend pas les médicaments pour traiter les infections sous-jacentes. Le programme utilise le PB pour le dépistage communautaire mais il utilise le bracelet PB coloré dont le rouge mesure jusqu'à 125 mm – permettant d'identifier la malnutrition aiguë modérée (MAM) et la MAS. De plus, ce programme a accès à 16 tonnes de l'ATPE importé (Plumpy'nut) dont une certaine quantité est un aliment supplémentaire prêt à l'emploi (ASPE, Supplementary Plumpy) dont on ne sait pas vraiment comment il est utilisé au sein du programme.

2.5. Qualité de la PCMA

Suite au manque de directives nationales pour la PCMA, il existe des variations importantes d'une structure sanitaire à l'autre en termes de critères d'admission et de sortie, de protocole de traitement, d'inscription des patients, de tenue de dossiers et de suivi de programme. Il n'existe pas de système national de compilation de données ou de surveillance. L'approche au cas par cas implique des répercussions sur la qualité du traitement individuel et la qualité et constance des soins. Par exemple, l'admission et le traitement peuvent se fonder sur le rapport P/T, le rapport P/A, l'émaciation visible ou les œdèmes bilatéraux, la perte de poids ou l'anémie clinique sévère. Le poids cible ou le rapport P/T cible (z-score ou pourcentage de la médiane) ne sont généralement pas indiqués dans les registres ou les dossiers des patients. Aussi, les progrès sont-ils interprétés de manière subjective comme n'importe quel gain de poids constant; par conséquent, les critères de sortie, ne sont pas standardisés. Si le personnel travaille avec compétence, suivant les directives limitées dont il dispose, il est pourtant grandement freiné dans son travail par le manque de directives uniformes.

3. CARTOGRAPHIE DES ACTIVITÉS ET DES PROGRAMMES SANITAIRES, NUTRITIONNELS ET COMMUNAUTAIRES

3.1. PEC MAS ambulatoire pour la MAS

Le programme INAAM du CRS et de l'UNICEF dans la région Upper West couvre 108 communautés cibles dans quatre districts et apporte 1000 kilocalories par jour de l'ATPE gratuitement aux enfants de 6 à 36 mois avec un PB inférieur à 115 mm. Une ration alimentaire (mélange maïs-soja et huile végétale) est également donnée comme incitation à tous les enfants qui viennent aux soins mensuels de suivi et de promotion de la croissance.

3.2. Programme de nutrition supplémentaire généralisée

Le Programme alimentaire mondial (PAM) apporte un soutien au programme de nutrition supplémentaire généralisée dans les trois régions du nord pour 138 centres couvrant 170 communautés dans 17 districts. Les femmes enceintes et allaitantes (environ 10 000) et les enfants de 6 à 23 mois (environ 14 000) reçoivent chaque mois une ration sèche à emporter à la maison (mélange maïs-soja et farine de blé) pendant la saison où les vivres manquent de mars à

[4] Weanimix est composé de quatre mesures de céréales (maïs, mil, riz ou sorgho) et d'une légumineuse (arachide ou haricot).

septembre. Les enfants de 2 à 5 ans (environ 36 000) reçoivent des rations préparées avec de l'eau (petit déjeuner et déjeuner) distribuées par des mères bénévoles, du lundi au vendredi pendant toute l'année. Les soins de santé sont dispensés dans les centres d'alimentation en même temps qu'une éducation sanitaire et nutritionnelle, des vaccinations, un traitement vermifuge et des suppléments en micronutriments. De plus, un jardin d'enfants est organisé pour les enfants de 4 et 5 ans si des bénévoles communautaires sont disponibles. Les communautés sont appelées à contribuer sous forme de main-d'œuvre et de produits alimentaires, tels que les ingrédients supplémentaires. Le PAM achète les deux tiers de la nourriture pour le programme de nutrition supplémentaire (PNS) de couverture sur le plan local et sur accord que 100% de la nourriture sera acheté à l'intérieur du Ghana en 2010. En principe, le gouvernement ghanéen devrait prendre en main les rênes du programme en 2010.

3.3. Autres programmes de santé et de nutrition

Les activités de survie de l'enfant entrent dans les interventions du programme Impact élevé et prestation rapide (HIRD), soutenues en partie par l'UNICEF. Les activités HIRD sont les suivantes : promotion de l'allaitement maternel et alimentation supplémentaire, distribution des moustiquaires imprégnées aux insecticides (MII), utilisation de la solution de réhydratation orale et autres soins qui traitent des principales causes de la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans. Le système de santé du Ghana accorde une grande importance aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), surtout le quatrième objectif concernant la réduction de la mortalité infantile (OMD 4).

Programmes soutenus par l'USAID:

- Initiative à base communautaire de planification et de soins de santé – Assistance technique (CHPS-TA), programme du Population Council. Cette initiative apporte un soutien au programme national CHPS dans les 30 districts prioritaires de l'USAID des sept régions du Sud. L'initiative a permis de mettre à jour les descriptions des tâches des responsables et des bénévoles de santé communautaire, de formuler le curriculum d'enseignement pour la formation de base des gestionnaires de santé communautaire et d'actualiser le manuel de formation.
- Projet de changement durable au Ghana (GSCP), mis en œuvre par l'AED. Ce projet soutient les activités de communication et de marketing social dans plus de 100 sous-districts des 30 districts prioritaires de l'USAID. Le GSCP a mis au point du matériel de communication (affiches, brochures, fiches de conseils) et du matériel de formation ainsi que des messages de communication pour le changement de comportement (CCC) axés sur la santé de la reproduction, la santé des enfants et les soins et soutien liés au VIH/SIDA. Le GSCP engage les communautés par le biais de campagnes de mobilisation communautaire organisées par l'intermédiaire des parties prenantes au niveau national, des comités de coordination régionaux, du plaidoyer au niveau district et de l'action des sous district.
- Programme des Partenaires de santé de qualité (QHP) d' «Engender Health» qui aide le GHS à améliorer la qualité des soins de santé reproductive et infantile. Récemment, un atelier sur la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) a été mis au point avec un programme allégé, intégrant la PCIME au programme national de formation avant l'emploi pour les infirmiers et les aides médicales (par exemple, l'aide-soignante), avec de nouveaux questionnaires et outils d'assurance de la qualité. Il soutient aussi la planification d'ateliers régionaux pour les interventions du programme HIRD.
- Opportunities Industrialization Centers International (OICI) s'occupe de la sécurité alimentaire et du programme de santé et nutrition maternelles et infantiles dans le Nord du Ghana. Champs d'action : éducation en santé et nutrition, suivi et promotion de la croissance, distribution des rations alimentaires d'incitation pour les participants aux séances de CCC, traitement vermifuge et formation des agents de santé communautaire.

Les programmes mis en œuvre par World Vision, the Adventist Development and Relief Agency, CRS et d'autres organisations comptent des volets nutritionnels, tels que l'éducation nutritionnelle, la promotion de l'allaitement maternel exclusif et les pratiques d'alimentation supplémentaire ainsi que la Déviance Positive/Foyer.

4. ANALYSE FFOM POUR LA PCMA

Un groupe de parties investies dans les activités nutritionnelles au Ghana – comprenant le GHS, les donateurs (USAID, l'Ambassade hollandaise), l'UNICEF, l'OMS, le PAM et des ONG – ont réalisé un exercice de brainstorming en août 2007 pour revoir la capacité du système de santé ghanéen en vue d' introduire la PCMA. Une analyse des forces, faiblesses, opportunités et menaces (FFOM) a été faite dans les domaines suivants :

1. Capacité du système de santé ghanéen pour la PCMA
2. Capacité pour des soins de qualité de la PCMA
3. Renforcement des ressources humaines pour la PCMA
    a. Capacité des planificateurs et responsables de la santé
    b. Capacité des agents de santé -médecins, infirmiers, nutritionnistes
4. Capacité du contexte se prêtant à la PCMA

Analyse FFOM pour la PCMA (Ghana, août 2007)	
Forces	**Faiblesses**
• Points d'extension communautaire o Zones CHPS o Bénévoles de la santé o Autres programmes communautaires • Traitement gratuit pour les enfants de moins de 5 ans (politique) • Présence des ONG	• Pas de directives ou protocoles de traitement nationaux pour la PEC MAS • Aliments thérapeutiques ne sont pas disponibles (F75, F100, ATPE) • Pas de programme de formation de base ou continue pour la PEC MAS • Manque d'équipement (pèse-bébé, toises et bracelets PB) • Personnel insuffisant • Compétences et connaissances insuffisantes du personnel • Connaissance insuffisante de la MAS dans la communauté
Opportunités	**Menaces**
• Gouvernement sensibilisé o Plan d'action du MS pour traiter la sous-nutrition o Document de stratégie du GHS • Partenaires du développement sont intéressés et engagés • Structures communautaires: o Assemblées de district/structures de gouvernement peuvent être engagées o Groupes de soutien mère-à-mère • Formation intégrée avant l'emploi et en cours d'emploi • Autres solides programmes de nutrition (promotion de l'allaitement maternel exclusif)	• Financement o Disponibilité o Coût des aliments thérapeutiques : F75, F100, ATPE o Durabilité • Barrières o Résistance pour consulter les soins de santé et aux longs séjours hospitaliers o Acceptabilité de l'ATPE • Conditions sous-jacentes o Insécurité alimentaire et pauvreté o Accès limité à l'eau salubre et à l'assainissement • Approche de programme vertical

CONCLUSION: BESOINS DÉTERMINÉS

L'analyse situationnelle a confirmé la nécessité d'introduire progressivement la PCMA dans le système de santé du Ghana.

DOCUMENT 7.3
Evaluer la situation nutritionnelle

A. POUR LES CONTEXTES D'URGENCE

La prévalence de la malnutrition aiguë (enquêtes nutritionnelles) peut être utilisée pour indiquer si un programme de PCMA s'avère nécessaire. En plus des données sur la prévalence, d'autres données et informations devront pourtant être utilisées pour mieux comprendre l'état nutritionnel d'une population et avoir ainsi une vue d'ensemble.

La décision de démarrer un programme pour traiter la malnutrition aiguë est souvent prise lorsqu'il existe un grand nombre d'enfants avec MAS qui ont besoin d'un traitement pour survivre. La prévalence de la malnutrition aiguë (malnutrition aiguë globale [MAG]) et de la MAS donne une bonne idée de ce qui se passe. Par le passé, l'OMS a utilisé un diagramme décisionnel en fonction des taux de prévalence de l'émaciation pour déterminer si des programmes d'alimentation sélective étaient nécessaires. Les seuils de l'OMS pour l'émaciation[5] et les taux de mortalité sont encore utilisés pour indiquer une urgence possible qui devra être examinée et prise en charge le cas échéant.

En règle générale, un taux de MAG de plus de 15% et une MAS de plus de 2% et/ou un taux brut de mortalité (TBM) >1/10 000/jour pourraient indiquer une urgence et demandent qu'un examen plus approfondi de la situation soit fait pour déterminer si une intervention nutritionnelle d'urgence est justifiée. Des taux élevés de MAG et de MAS peuvent se présenter dans des situations qui ne sont pas considérées comme des urgences. Par exemple, la prévalence de la malnutrition aiguë est toujours élevée en Inde et au Bangladesh. Les niveaux de MAS montent souvent brusquement lors de certaines saisons et pourraient être suffisamment élevés sur une base annuelle pour justifier la prestation du traitement de la MAS dans le cadre des soins de santé de routine pour les enfants de moins de 5 ans. Les prévalences de MAG de 5% et de MAS de moins de 1% sont jugées normales pour un pays en voie de développement. Il faut également envisager les niveaux de MAG par rapport à la MAS. Cela doit pouvoir donner une idée assez précise de ce qui se passe. Par exemple, dans certains pays, le VIH a fait grimper les taux de prévalences de MAS chez les enfants ces dernières années alors que la MAS n'était pas un problème grave dans ces endroits auparavant (Mozambique, Zambie, Kenya).

- **Si la prévalence de MAG est élevée et la prévalence de MAS est relativement faible : Il est probable que les principales causes (mais pas les seules) sont dues à un accès insuffisant à la nourriture (N.E. Kenya).**
- **Si la prévalence de MAG est très élevée et la prévalence de MAS faible, cela pourrait être dû à une mortalité élevée imputable à la MAS**
- **Si la prévalence de MAG et la prévalence de MAS sont élevées toutes les deux : C'est probablement dû à une combinaison de pénuries alimentaires et de pratiques insuffisantes de santé et de soins (Niger, Bangladesh)**
- **Si la prévalence de MAS est élevée et la prévalence de MAG relativement faible : C'est probablement dû à une maladie, notamment le VIH (Mozambique, Zambie)**

[5] La situation nutritionnelle est également jugée grave si la MAG se situe entre 10 % et 14% et s'il existe des facteurs aggravants , par exemple une ration générale inférieure aux besoins énergétiques moyens, une épidémie de rougeole ou de coqueluche, une incidence élevée des infections respiratoires ou des maladies diarrhéiques et/ou un TBM > 1/10.000/jour. (WHO. 2000. *Management of Malnutrition in Major Emergencies*. Geneva: WHO.)

B. POUR LES CONTEXTES DE DÉVELOPPEMENT

Dans les contextes de développement, il est important de déterminer la situation nutritionnelle dans la communauté, le district, la région ou le pays dans lequel l'intervention aura lieu. Les responsables de la nutrition devraient réunir l'information nutritionnelle importante en puisant dans les enquêtes démographiques et de santé (EDS), les enquêtes par grappes à indicateurs multiples (EGIM) de l'UNICEF et toute autre enquête faite à l'échelle nationale ou locale par le gouvernement, le district ou des ONG. Il faut noter parmi les données essentielles, la prévalence de l'émaciation modérée ou grave, l'insuffisance pondérale, le retard de croissance staturale et si disponible, la présence d' œdèmes bilatéraux. Il pourra être utile de recueillir des informations sur les maladies et les carences en micronutriments.

Table : Exemple Informations nutritionnelles de sources secondaires (référence NCHS)*

Source	Groupe d'âge	Date	Zone géographique	% émaciation (rapport P/T <-2 z score)	% émaciation grave (rapport P/T <-3 z-score)	% retard de croissance staturale (rapport T/A <-2 z-score)	% insuffisance pondérale (rapport P/A <-2 z-score)
EDS	0-59 mois	Sept 2006	Région orientale	8.4	1.2	35.3	22
Bureau de santé de district	0-36 mois	Août 2007	Région orientale	6.2	0.9	36	25
ONG	6-59 mois	Dec 2007	District A dans la région orientale	9.4	1.6	--	--

*Il faut toujours spécifier si les estimations de la prévalence reposent sur les courbes de croissance de référence du National Centre for Health Statistics (référence NCHS) ou les normes OMS de croissance de l'enfant et donner des estimations de la prévalence avec des intervalles de fiabilité de 95% (normes OMS).

Les informations susmentionnées permettent aux planificateurs de déterminer le degré de gravité de la situation nutritionnelle dans les districts ou les régions pour lesquels ils planifient. Le tableau ci-après est une référence de l'OMS permettant de déterminer la signification du problème nutritionnel, en fonction de l'anthropométrie. C'est simplement une méthode permettant de classer l'urgence d'un problème, d'autres facteurs devant être également envisagés.

Table : Fourchette de prévalence utilisée par l'OMS pour classer l'importance pour la santé publique des différentes mesures de la sous-nutrition (référence NCHS)*

	% émaciation (rapport P/T)** <-2 z score	% retard de croissance staturale (rapport T/A) <-2 z score	% insuffisance pondérale (rapport P/A) <-2 z score
Faible (acceptable)	< 5	< 20	< 10
Moyenne (passable)	5-9	20-29	10-19
Elevée (grave)	10-14	30-39	20-29
Très élevée	≥ 15	≥ 40	≥ 30

* Le classement ci-dessus ne se fonde pas sur les corrélations avec des résultats fonctionnels. Il reflète simplement un regroupement statistique pratique des niveaux de prévalence de différents pays. (WHO. 1995. Physical Status: The use and interpretation of anthropometry, WHO Technical Report Series.)

C. TRIANGULER LES DONNÉES

Si on observe les taux de prévalence, il est également important de **les comparer à plusieurs autres sources d'information et de données.** C'est ce qu'on a appelle souvent la **triangulation**.

Une initiative conjointe sous le nom de 'Standardised Monitoring and Assessment for Relief and Transition' (SMART) a mis au point une méthodologie et un protocole standard pour réaliser des enquêtes et des évaluations réunissant des données sur la prévalence de la nutrition, les taux de mortalité et la sécurité alimentaire. SMART a été mis au point pour être utilisé dans des situations de crise bien que les recommandations d'analyse contextuelle s'appliquent également aux situations de non urgence (www.smartindicators.org).

1. Tendances dans le temps pour voir ce qui est "normal": Dans de nombreux pays, il existe un pic saisonnier de la malnutrition aiguë qui survient à la même période chaque année. Par exemple, la prévalence saisonnière de la MAS commence à augmenter en décembre et diminue en avril, le pic de malnutrition aiguë se trouve lors de la saison des pluies (la période de soudure) avant les récoltes. Ce cycle se répète chaque année. Il est donc important d'observer ces tendances car elles :
   - Montrent ce qui est jugé « normal » dans le contexte
   - Aident à déterminer quand il faut planifier pour les hausses prévues dans les admissions (nombre accru de cas lors des pics saisonniers)

Lorsque la prévalence et/ou les admissions augmentent en dehors des périodes de pic normales, ou plus tôt que prévu cela peut indiquer une crise ou des changements dans la sécurité alimentaire. Il convient d'en étudier les causes. Par exemple, au Malawi, lorsque les taux de MAS ont commencé à augmenter en octobre 2005, bien avant la saison pic, on savait que quelque chose d'anormal était en train de se passer. L'augmentation était due au fait que les pluies ont fait complètement défaut dans certaines régions.

2. Admissions à la prise en charge de la malnutrition aiguë (PCMA) : Une augmentation imprévue dans le nombre d'admissions (au-dessus du niveau des années précédentes et/ou en dehors des pics saisonniers normaux) peut être un indicateur utile d'une crise imminente. Par exemple, au Niger en 2005, les admissions aux centres de récupération nutritionnelle ont commencé à augmenter bien plus tôt que prévu. Cette information peut aider les planificateurs à se préparer aux nombres accrus à venir.

3. Données de surveillance (dépistage de routine, suivi de la croissance des enfants, ou encore données de la surveillance sanitaire) : Les enfants avec malnutrition aiguë peuvent être identifiés et référés dans le cadre des dépistages réguliers ou du suivi de la croissance de routine. Les données sur la surveillance sanitaire peuvent donner des informations sur les flambées de cas et les épidémies de diverses maladies.

4. Taux de mortalité infantile : Il est essentiel de savoir si le taux de mortalité infantile est au-dessus des niveaux acceptables. Dans les cas extrêmes, le taux de prévalence de la malnutrition aiguë peut sembler faible à cause de taux de mortalité infantile élevés.

5. Taux et tendances de morbidité : Des tendances saisonnières de maladie peuvent se présenter, par exemple pour des maladies comme la diarrhée ou le paludisme ou lorsqu'une épidémie a sévi récemment (rougeole ou coqueluche). Cela peut expliquer la hausse soudaine du nombre d'enfants souffrant de malnutrition aiguë.

6. Analyse contextuelle : Il est important de voir ce qui se passe dans la communauté. Voici le type de questions à poser à cet égard :
   - Des déplacements de population sont-ils à l'origine de l'arrivée d'un grand nombre de personnes ?
   - Existe-t-il des foyers où la malnutrition aiguë est toujours plus élevée que dans d'autres régions ?
   - D'autres initiatives ont-elles été mises en place ?

D. CAUSES DE LA SOUS-NUTRITION DANS LA COMMUNAUTÉ

Outre la triangulation des données et de l'information pour confirmer leur exactitude, il est utile de comprendre les causes de la sous-nutrition (UNICEF, voir **Module 2, Document à distribuer 2.1 Cadre causatif de la sous-nutrition**) ainsi que les facteurs qui contribuent à la sous-nutrition. Cela aidera les planificateurs à mieux adapter la PCMA aux besoins de la communauté. Voici des exemples d'informations à consulter et à trianguler, par source.

- Enquêtes de population : taille et structure de la population d'enfants de 6 à 59 mois, différences géographiques, prévalence de maladie (diarrhée, rougeole, paludisme, infections respiratoires aiguës), flambée de maladies, pratiques en matière de soins et d'alimentation, prestations des soins de santé, accès aux soins de santé

- Surveillance et systèmes d'alerte précoce: normes et modes saisonniers, informations sur la sécurité alimentaire, modes de disponibilité et de consommation de la nourriture familiale, accès des ménages aux aliments, diversité de la nourriture familiale, tendances (en fonction de la norme saisonnière)

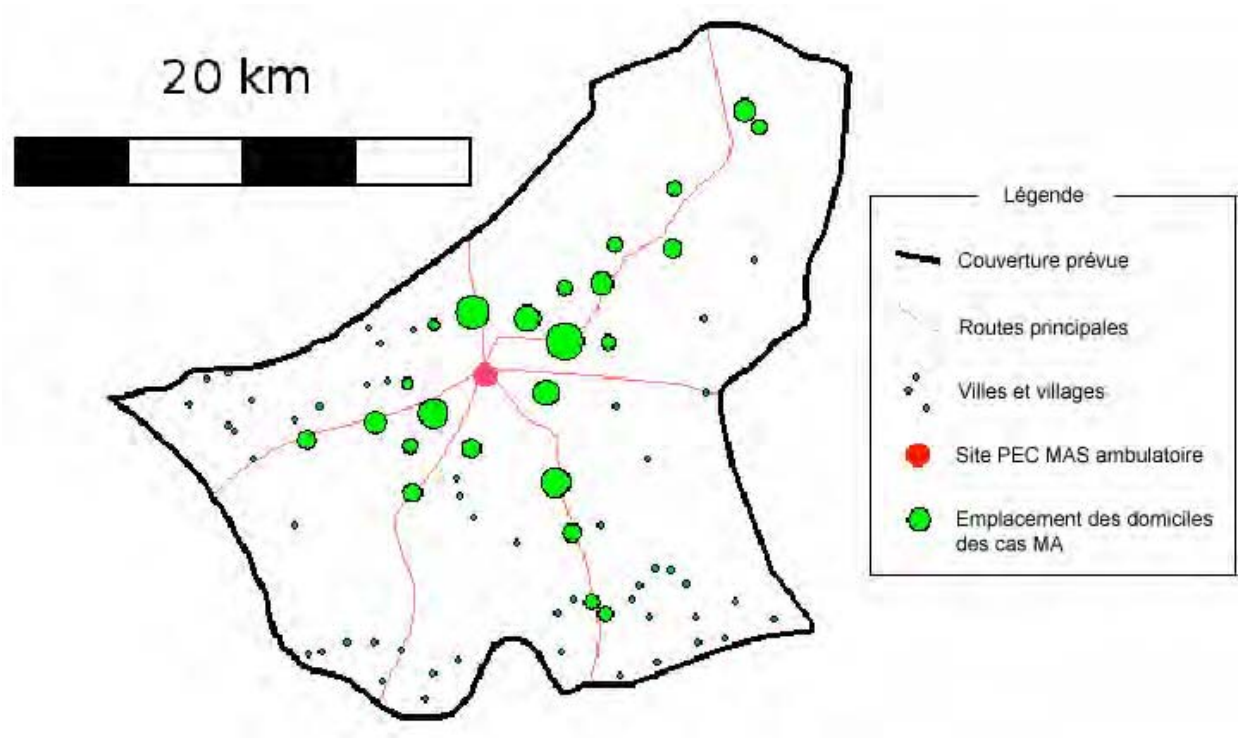
- Autres sources: Pratiques en matière de soins et d'alimentation, normes communautaires, barrières à l'accès et à la fréquentation des soins, causes des abandons connues à partir des rapports d'enquêtes, groupes de discussion, rencontres avec des informateurs principaux, discussions individuelles, rapports, publications ou autres sources.

DOCUMENT 7.4
Matrices de cartographie

7.4

Il est important de connaître et de cartographier la manière dont le système de santé du district est structuré en indiquant les autres initiatives communautaires qui existent : ce qu'ils font, où et comment. La PCMA devraient compléter les programmes existants et travailler en liaison avec eux. La matrice ci-après et des fiches séparées servent à décrire cette information.

Elaborer une carte spatiale du district avec ses limites, les grandes routes, les lieux d'habitation, les rivières, les structures sanitaires et toute autre information pertinente.



Exemple de cartographie spatiale (Source: M.Myatt, SQUEAC)

MATRICE 1 : CARTOGRAPHIE DE LA PCMA, SANTÉ ET NUTRITION

District:
Organisation:
Date:

PCMA

Sous-district	**Commu-nautés** (donner tous les noms)	**Population totale** (ajouter source et date)	**Population de moins de 5 ans** (% de pop totale)	**Nombre d'enfants attendu avec MAS à ce moment précis** (prévalence initiale puis date donnée)	**Nombre d'enfants attendu avec MAS dans une année** (prévalence plus incidence*)	**Structures sanitaires** (type par endroit)	**Sites PEC MAS hospitali ère**	**Sites PEC MAS ambulatoire**	**Sites PEC MAM**	**Date de démarrage PCMA** (par site et partenaire)	**Place et jour du marché**
Sous-district 1	1										
	2										
	3										
	4										
	5										
Sous-district 2	1										
	2										
	3										
	4										
	5										
Sous-district 3	1										
	2										
	3										
	4										
	5										

* Pour déterminer le nombre d'enfants attendu avec MAS en une année, voir le **Document 7.10 Calculer les cas estimés de MAS**.

MATRICE 2 : CARTOGRAPHIE DE LA PEC MAS AMBULATOIRE

(Si la PCMA n'est pas encore démarrée, utiliser cette matrice pour la planification stratégique)

District :
Organisation :
Date :

PEC MAS ambulatoire

Structures sanitaires avec la PEC MAS ambulatoire (donner noms)	**Aire de couverte de la structure sanitaire** (donner communautés)	**Agents de santé responsables de la PEC MAS ambulatoire** (donner nombre, fonction et/ou noms)	**Agents de santé communautaire responsables de la PEC MAS ambulatoire** (donner nombre, fonction et/ou noms)	**Bénévoles responsables de la PEC MAS ambulatoire** (donner nombre, fonction, et/ou noms)	**Jour de la PEC MAS ambulatoire chaque semaine** (ou en continue)	**Date du démarrage de la PCMA par site**	**Commentaires**

MATRICE 3 : INITIATIVES DE SANTÉ ET DE NUTRITION, ET AUTRES SERVICES COMMUNAUTAIRES

Faire la liste (sur la matrice ou sur une fiche séparée) de tous les intervenants participant à la santé, la nutrition, l'extension communautaire, la sécurité alimentaire et/ou la subsistance, opportunités économiques, orphelins et enfants vulnérables, activités et organisations à base communautaire et autres activités formelles et informelles et structures d'informations pertinentes. Pour chacune de ces activités, spécifiez la zone prioritaire, la population ciblée, la couverture géographique et toute autre information pertinente.

Initiatives de santé et de nutrition, et autres initiatives communautaires

Initiatives communautaires (zone prioritaire)	**Population ciblée**	**Aire de couverture**	**Organisme ou partenaire**	**Extension communautaire** (stratégie, acteurs, #)	**Autres informations pertinentes**	**Commentaires**

DOCUMENT 7.5
Grille de capacités pour la PCMA au niveau du district

REMARQUE : AJOUTER LA PEC MAM LE CAS ÉCHEANT.
CETTE GRILLE POURRAIT ÊTRE ADAPTÉE POUR ÉVALUER LES CAPACITÉS AU NIVEAU RÉGIONAL ET NATIONAL, VOIR AUSSI DOCUMENT 7.7.

Eléments clés de la PCMA à traiter	Qui actuelle-ment	Comment actuelle-ment	Capacité du MS en la matière	Lacu nes	Solutions	Priorité
CONTEXTE FAVORABLE À LA PCMA						
Leadership technique de la PCMA Unité d'appui technique pour renforcer les capacités et la qualité de soins Système de coordination de la PCMA (et liens avec le système de coordination national/régional) Directives de la PCMA : -Existe-t-il des directives nationales de la PCMA ? -Sont-elles diffusées et utilisées ? Financement : -Les coûts des fournitures (y compris l'aliment thérapeutique prêt à l'emploi [ATPE]), de la supervision et de la formation peuvent-ils être intégrés au budget du district ? Traitement gratuit dispensé aux enfants moins de 5 ans avec malnutrition aiguë Plan de contingence: -Comment le district va-t-il gérer les augmentations saisonnières et imprévues du nombre de cas ?						
COMPÉTENCES POUR LA PCMA						
Formation de base: -La prise en charge de la MAS et de la MAM est-elle inscrite au programme de formation des professions de santé ? Formation continue : -Pour la PEC MAS hospitalière et la PEC MAS ambulatoire, et sur les sites d'apprentissage ? (encadrement, recyclage, visites d'apprentissage, stages): Responsabilité : -La PCMA est-elle incluse dans la description des tâches ?						

Eléments clés de la PCMA à traiter	Qui actuelle-ment	Comment actuelle-ment	Capacité du MS en la matière	Lacu nes	Solutions	Priorité
Système d'échange d'informations et de discussion technique Recherche opérationnelle en cours						
ACCÈS à LA PCMA						
Site d'apprentissage: -Existe-t-il un site d'apprentissage pour la PEC MAS hospitalière et la PEC MAS ambulatoires ? Extension communautaire : - Une évaluation et mobilisation communautaires sont-elles faites ? -Existe-t-il un système efficace de dépistage actif et de référence, et des visites de suivi à domicile pour les cas à risque? PEC MAS hospitalière : -Existe-t-il un service de PEC MAS hospitalière pour les complications médicales de la MAS et les nourrissons de moins de 6 mois avec MAS ? PEC MAS ambulatoire : -Existe-t-il des soins de PEC MAS ambulatoire pour les enfants avec MAS sans complications médicales ? Mécanismes de référence: -Quels sont les mécanismes permettant de vérifier que les enfants peuvent être référés et contre-référés de la PEC MAS ambulatoire vers la PEC MAS hospitalière et vice versa? -Comment sont-ils transportés? Personnel : -Existe-t-il des agents de santé qualifiés pour la PEC MAS hospitalière et la PEC MAS ambulatoires ? Dans la négative, peut-on en former un plus grand nombre ? -Un responsable de l'équipe de santé du district est-il nommé point focal de la PCMA ? - Un responsable de l'équipe de santé du district est-il nommé point focal d'extension communautaire pour la PCMA ? -Existe-t-il suffisamment d'agents d'extension (agents de santé communautaire [ASC] et/ou						

Eléments clés de la PCMA à traiter	Qui actuelle-ment	Comment actuelle-ment	Capacité du MS en la matière	Lacu nes	Solutions	Priorité
bénévoles) pour le dépistage et la référence et les visites à domicile pour les cas à risque? Dans la négative, peut-on en former un plus grand nombre ? Intégration aux soins de santé de routine : prévention de la transmission mère à enfant du VIH [PTME], promotion de la croissance de l'enfant, prise en charge intégrée des maladies de l'enfance [PCIME] Liens : -La PCMA est-elle reliée au système de santé informel traditionnel (dirigeants religieux, guérisseurs, accoucheuses) ? -Existe-t-il d'autres programmes dans la région avec lesquels des liens peuvent être forgés : programmes de nutrition supplémentaire [PNS], actions essentielles en nutrition [AEN], eau et assainissement, initiatives de lutte contre le VIH/SIDA, sécurité alimentaire et initiatives de moyens de subsistance) ?						
ACCÈS AUX FOURNITURES DE LA PCMA						
Système d'approvisionnement: -Qui achète les aliments thérapeutiques, les médicaments et les autres équipements et produits médicaux ? Système de gestion des fournitures : -Existe-t-il un approvisionnement fiable en ATPE ? -Existe-t-il un approvisionnement fiable pour les médicaments essentiels ? -D'où proviendront les fiches individuelles de suivi, de rations, rapports, billets de référence ? Stockage: -Les centres de santé ont-ils une capacité de stockage ? - Existe-t-il un stock tampon de fournitures essentielles ? Transport : -Existe-t-il des moyens de transport (et un budget) pour apporter l'ATPE et les médicaments essentiels au niveau du district et aux structures sanitaires?						

Eléments clés de la PCMA à traiter	Qui actuelle-ment	Comment actuelle-ment	Capacité du MS en la matière	Lacu nes	Solutions	Priorité
QUALITÉ DE LA PCMA						
Adhésion aux directives et protocoles de traitement nationaux et internationaux Système de soutien et de supervision : -Pour les agents de santé dans les structures sanitaires? -Pour les agents d'extension (ASC, bénévoles) dans la communauté ? Suivi individuel des cas : Enregistrement, fiches individuelles de suivi, fiches de rations Système de suivi et de rapport avec outils standardisés : -Fiches de pointage, rapports mensuels, base de données Liens avec le système national d'information sanitaire (SNIS) : Evaluation de l'efficacité de la PCMA : performance, couverture, barrières à l'accès et à la fréquentation, cause des abandons, des non récupérés et des décès						

DOCUMENT 7.6
Analyse FFOM pour la PCMA au niveau du district

FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITÉS ET MENACES (FFOM)

Il est important au moment de planifier la PCMA d'identifier les forces présentes dans les communautés et dans le district (ou au niveau régional ou national) sur lesquelles vous pouvez vous appuyer ainsi que les faiblesses qu'il faudra renforcer. Il faut explorer les opportunités de soutenir la PCMA et repérer les menaces (contraintes) pouvant entraver la réussite de la PCMA.

Capacités du système de soins de santé pour la PCMA		
Situation actuelle	**Forces**	**Faiblesses**
Aspects à envisager pour la planification future	**Opportunités**	**Menaces**

DOCUMENT 7.7
Exemples de grilles de capacités pour la PCMA

GRILLE DE CAPACITÉS POUR LA PEC MAS AMBULATOIRE AU NIVEAU DE LA STRUCTURE SANITAIRE

A. Capacités pour l'extension communautaire*

Eléments à traiter	Qui actuelle-ment	Comment actuelle-ment	Capacités du MS / l'organisa-tion en la matière	Lacu nes	Solutions**	Priorité
Bilan communautaire						
Mobilisation communautaire						
Dépistage actif communautaire						
Visites de suivi à domicile pour les cas à risque						
Education sanitaire et nutritionnelle dans la communauté						
Supervision des agents d'extension (agents de santé communautaire [ASC], bénévoles)						
Réunions de feedback et résolution des problèmes avec les agents d'extension communautaire						
Feedback de la communauté sur la PCMA						
Formation continue pour les agents d'extension communautaire						
Liens avec d'autres secteurs pour l'extension communautaire						

* Formateur : Voir qui remplit la grille de capacités : l'équipe de gestion sanitaire du district ou les responsables de la structure sanitaire et adapter la en fonction de cela.
** Proposer des solutions pour modifier l'organisation, la gestion et le soutien ; avancer des idées sur la manière de combler les lacunes ou sur le type de discussions nécessaires et avec qui.

B. Capacités pour la prestation de la PEC MAS ambulatoire

Eléments à traiter	Qui actuelle-ment	Comment actuelle-ment	Capacités du MS / l'organisation en la matière	Lacunes	Solutions*	Priorité
Dépistage et admissions des enfants avec MAS						
Bilan médical de l'enfant avec MAS						
Test d'appétit						
Référence vers la PEC MAS hospitalière						
Administrer les médicaments de routine et l'aliment thérapeutique prêt à l'emploi (ATPE) en fonction du protocole) aux enfants avec MAS						
Conseils individuels						
Education sanitaire et nutritionnelle en groupe						
Suivi des bénéficiaires (l'enfant à risque, l'enfant qui ne répond pas au traitement, l'enfant absent, l'abandon, l'enfant guéri)						
Identification des cas à risque et liaison avec l'agent d'extension pour la visite de suivi à domicile						
Sortie des bénéficiaires						
Remplir la fiche de pointage et le rapport mensuel du site						
Approvisionnement en médicaments						
Approvisionnement en ATPE						
Approvisionnement en fiches						
Stockage des médicaments et de l'ATPE						
Contrôle des stocks de médicaments et de l'ATPE						
Formation continue des agents de santé						
Intégration/liens avec d'autres initiatives de santé et de nutrition						
Coordination/liens avec d'autres initiatives communautaires						

* Proposer des solutions pour modifier l'organisation, la gestion, les protocoles et le soutien ; avancer des idées sur la manière de combler les lacunes ou le type de discussion nécessaire et avec qui.

C. Capacités pour la supervision et le suivi de la PEC MAS ambulatoire dans la structure de santé

Eléments à traiter	Qui actuelle-ment	Comment actuelle-ment	Capacités du MS / l'organ-isation en la matière	Lacunes	Solutions*	Priorité
Soutenir et superviser des agents de santé						
Soutenir et superviser des agents d'extension communautaire						
Remplir et classer les fiches individuelles de suivi						
Contrôler et classer les fiches individuelles de suivi						
Remplir et classer la fiche de pointage						
Remplir et analyser le rapport mensuel du site (et le classer)						
Contrôler et classer le rapport mensuel du site						
Remplir les fiches de stock de l'ATPE et des médicaments de routine						
Contrôler et classer les fiches de contrôle de stock de l'ATPE et des médicaments de routine						
Contrôler la qualité des stocks et les conditions de stockage						
Réunir pour des résolutions de problèmes et de coordination						
Revoir les progrès en vue d'atteindre les objectifs						

* Proposer des solutions pour modifier l'organisation, la gestion, les protocoles et le soutien ; avancer des idées sur la manière de combler les lacunes ou le type de discussion nécessaire et avec qui.

GRILLE DE CAPACITÉS POUR LA PCMA AU NIVEAU NATIONAL

(REMARQUE: AJOUTER LA PEC MAM LE CAS ÉCHEANT.)

7.7

Eléments clés de la PCMA à traiter	Qui actuelle-ment	Comment actuelle-ment	Capacité du MS / l'orga-nisation en la matière	Lacunes	Solutions	Priorité
1. Contexte favorable à la PCMA						
Rôle du leadership technique du MS pour la PCMA (y compris l'équipe spéciale présidée par le MS)						
Unité d'appui technique pour la PCMA pour renforcer les capacités et la qualité de soins						
Système de coordination du MS pour la PCMA						
Politiques et plans stratégiques sanitaires et nutritionnels au niveau national reflétant la PCMA						
Directives nationales pour la PCMA						
Base de données et répertoire au niveau national pour la PCMA						
Financement pour opérationnaliser la PCMA (long terme)						
Traitement gratuit pour les enfants de moins de 5 ans (y compris la MAS)						
Plan de contingence pour la PCMA dans les situations d'urgence (ressources pour les fournitures, l'expertise, le personnel, le renforcement des capacités, le soutien logistique)						
2. Compétences pour la PCMA						
Unité de soutien de la PCMA pour le renforcement des capacités						
Formation avant l'emploi des professionnels de la santé englobe la PCMA						
Système de formation en cours d'emploi des professionnels de la santé englobe la PCMA						
Site d'apprentissage de la PCMA (visites d'apprentissage, stages)						
Responsabilisation pour la PCMA (adoption d'une description nationale des tâches)						
Système d'échange d'informations pour la PCMA (partage de données probantes et leçons retenues)						
Système de recherche informative						

Eléments clés de la PCMA à traiter	Qui actuelle-ment	Comment actuelle-ment	Capacité du MS / l'orga-nisation en la matière	Lacunes	Solutions	Priorité
3. Accès à la PCMA						
Sites d'apprentissage (avant l'expansion progressive, y compris le plan d'expansion à plus grande échelle)						
L'extension communautaire de la PCMA dans les districts prioritaires						
Sites PEC MAS hospitalière et ambulatoires dans les districts prioritaires						
Système de référence entre la PEC MAS hospitalière et la PEC MAS ambulatoire						
Nombre adéquat des agents de santé pour la PCMA						
La PCMA intégrée aux soins de santé et de nutrition de routine						
Liens entre la PCMA et d'autres initiatives communautaires						
4. Accès aux fournitures de la PCMA						
Système d'approvisionnement de fournitures pour la PCMA						
Système de gestion de l'équipement et des fournitures de la PCMA						
Production nationale continue de l'ATPE, avec capacité de couvrir les besoins nationaux (certifiée par le Fonds des Nations Unies pour l'enfance [UNICEF])						
5. Qualité de la PCMA						
Adhésion aux directives et protocoles de traitement standardisés de la PCMA						
Système de soutien et de supervision pour la PCMA (pour la prise en charge des cas, l'organisation des soins)						
Outils standardisés pour la gestion et la formation pour la PCMA						
Systèmes et outils standardisés pour le suivi et le rapport de la PCMA						
Système national d'information sanitaire (SNIS) comprend la malnutrition aiguë						
Système d'évaluation pour l'analyse de l'efficacité et la couverture						

DOCUMENT 7.8
Utiliser un cadre logique pour la PCMA

A. ÉTAPES DE LA MISE EN PLACE D'UN CADRE LOGIQUE

Un diagramme simplifié de planification aidera les planificateurs à réfléchir au but, aux objectifs, aux indicateurs et aux hypothèses de la PCMA et à évaluer si elle remplit sa mission. Le but, les objectifs, les résultats et les activités sont déterminés en fonction de l'analyse situationnelle.

Etapes:
1. Définir un but (niveau de population)
2. Définir les objectifs
3. Définir les résultats
4. Définir les activités/effets
5. Identifier les indicateurs de la performance et des résultats
6. Déterminer les ressources

Définir un but pour la PCMA : Ceci devrait énoncer des grands buts de la PCMA. Les objectifs définis (ci-après) contribuent directement à ce but.

Exemple d'un but : Réduire la mortalité et morbidité infantile associées à la malnutrition aiguë dans le District X

Définir les objectifs de la PCMA : Ceci devrait énoncer plus spécifiquement ce que la PCMA souhaite réaliser. Les objectifs de la PCMA doivent être clairement définis et mesurables et doivent contribuer à la réalisation du but indiqué. Cela dépendra du contexte. Les objectifs détermineront la stratégie et les activités qu'il faut planifier et les indicateurs à choisir pour suivre la PCMA.

Exemple d'un objectif : Augmenter la proportion des enfants de moins de 5 ans avec malnutrition aiguë qui sont admis à la PCMA dans le District X

Déterminer les résultats attendus : Les résultats attendus se rapporteront à la performance de la PCMA. Les résultats recouperont probablement les composantes de la PCMA : l'extension communautaire, la PEC MAS hospitalière, la PEC MAS ambulatoire et peut-être la PEC MAM. Les résultats se concentreront sur ce que chaque volet est en mesure de réaliser.

Exemples de résultats :
- Mettre en place une extension communautaire efficace dans cinq villages du District X
- Fournir la PEC MAS ambulatoire efficace aux enfants de 6 à 59 mois avec MAS sans complications médicales dans le cadre des soins de santé de routine dans x nombre de sites du District X
- Fournir la PEC MAS hospitalière efficace aux enfants de 0 à 59 mois avec MAS avec complications médicales dans x (nombre de) sites du district X

Déterminer les activités/effets: Les activités/effets concernent ce que le programme doit accomplir pour arriver aux résultats et objectifs attendus. Les activités spécifiques détermineront l'essentiel de la planification de la PCMA.

Exemples d'activités :
- Etablir X (nombre de) sites
- Formation de X (nombre d') agents de santé pour la PCMA
- Recruter et former X (nombre de) bénévoles pour l'extension communautaire
- Sensibiliser X (nombre de) communautés

Identifier les indicateurs de la performance et des résultats : Les indicateurs mesureront la performance de la PCMA (les objectifs ont-ils été atteints ?) et le résultat (les activités planifiées ont-elles été menées à bien ?).

Déterminer les ressources : Ce sont les intrants dont la PCMA a besoin pour mettre en œuvre ses activités planifiées. Les intrants devraient englober les ressources humaines, ressources financières, équipement, outils de suivi/compte rendu et directives.

B. ACTIVITÉS/RÉSULTATS DE LA PCMA

Voir **Document 7.9 Exemple d'un cadre logique pour la PCMA**.

Les activités/résultats sont dégagés par l'analyse situationnelle (évaluation des capacités et besoins existants). Les activités/résultats aident à :

1. Renforcer le contexte favorable à la PCMA
2. Développer et renforcer les compétences pour la PCMA
3. Elargir l'accès à la PCMA
4. Assurer l'accès aux fournitures de la PCMA
5. Renforcer la qualité de la PCMA

C. INDICATEURS DE LA PCMA

Les indicateurs choisis dépendront des objectifs et des activités/résultats. Il existe deux types fondamentaux d'indicateurs : **indicateurs de la performance** et **indicateurs de résultat**

Les indicateurs de la performance mesurent si la PCMA a atteint ses objectifs et les résultats attendus. Ils sont mesurés en pourcentage.

- Si les objectifs ou résultats consistent à élargir l'accès à la PCMA ou sa couverture, il faudra mesurer si le programme arrive effectivement à étendre cette couverture. Une enquête sur la couverture est le meilleur moyen de s'en assurer. D'après les normes Sphère pour les contextes d'urgence, la couverture de la PCMA dans le contexte rural, urbain et de camp devrait être respectivement de 50%, 70% et 90% de la population totale des enfants de moins de 5 ans avec MAS ou MAM. Des normes de couverture comparables n'existent pas à l'heure actuelle pour les programmes de la PCMA de routine (situation sans urgence).

  Remarque : Des méthodes ont été mises au point pour déterminer la couverture de la PCMA (enquête auprès de la population avec échantillonnage systématique central [CSAS] et des méthodes plus simples sont en train d'être étudiées.

  Des méthodes indirectes, consistant par exemple à comparer le nombre des admissions effectives au nombre de cas prévus en fonction de la prévalence et de l'incidence estimées, peuvent être utilisées pour estimer la couverture dans un but de suivi entre les enquêtes auprès de la population. Un dépistage exhaustif dans les communautés choisies à cette fin peut également apporter une information pertinente sur la couverture.

- Si dans les objectifs ou résultats est incluse la prestation de la PEC MAS hospitalière et/ou la PEC MAS ambulatoire, il sera important de mesurer la proportion des enfants qui bénéficient de la PEC MAS hospitalière et/ou de la PEC MAS ambulatoire, qui sont guéris, qui sont décédés, qui ont abandonné ou qui n'ont pas récupéré. Les résultats peuvent être comparés aux normes Sphère. Notons que les normes Sphère risquent de ne pas s'appliquer aux contextes de non urgence. Voici des exemples d'indicateurs :

  - Taux de guérison — Normes Sphère > 75%
  - Taux de décès — Normes Sphère < 10% PEC MAS
  - Taux de décès — Normes Sphère < 3% PEC MAM
  - Taux d'abandon — Normes Sphère < 15%
  - Taux de non récupération — Pas d'indication normes Sphère

- Les indicateurs supplémentaires dépendront des objectifs spécifiques, des résultats attendus et de ce qui est utile pour mesurer les progrès faits en vue d'atteindre ces buts. Au titre d'autres

indicateurs utiles on trouve : la qualité des soins, par exemple le pourcentage d'enfants référés par les bénévoles communautaires qui sont admis à la PEC MAS ambulatoire ou le pourcentage d'enfants à risque qui reçoivent une visite de suivi à domicile.

- En évaluant la performance générale de la PCMA pour la MAS, il faudrait envisager les indicateurs pour tous les objectifs.

Les indicateurs de résultats mesurent si un programme a effectivement achevé les activités prévues ou obtenu les résultats nécessaires pour atteindre les buts et les objectifs attendus. Les indicateurs de résultats sont mesurés en nombres ou en pourcentages et devraient être spécifiques aux activités/résultats donnés.

Exemples d'indicateurs de résultats :

- Nombre de structures sanitaires avec site PEC MAS ambulatoire
- Nombre d'enfants avec MAS référés vers la PEC MAS hospitalière
- Nombre ou pourcentage d'agents de santé formés et actifs dans la PEC MAS
- Nombre ou pourcentage d'agents de santé communautaire (ASC) formés et actifs dans l'extension communautaire
- Nombre ou pourcentage de bénévoles formés et actifs dans l'extension communautaire

Les barrières entravant l'accès et la fréquentation devraient être évaluées par l'intermédiaire d'enquêtes auprès de la population et de réunions régulières avec les agents d'extension (ASC, bénévoles) et les parties concernées dans la communauté. Voici des indicateurs possibles :

- Nombre et pourcentage d'enfants de moins de cinq ans qui ont reçu un dépistage
- Nombre et pourcentage d'enfants de moins de 5 ans avec MAS, identifiés et référés pour un traitement
- Nombre et pourcentage d'enfants de moins de 5 ans avec MAS, référés et admis

- Nombre de réunions (avec les dates) entre les agents d'extension et la communauté

DOCUMENT 7.9
Exemple d'un cadre logique pour la PCMA

EXEMPLE D'ÉTAPES POUR CONCEVOIR LA PCMA AU NIVEAU DU DISTRICT EN UTILISANT LE CADRE LOGIQUE

Remarque : Ce diagramme simplifié de planification se concentre sur la PEC MAS ambulatoire et sur un résultat et une activité par élément clé à titre d'exemple.

	Indicateurs	**Source d'information**	**Hypothèses**
But du programme : Que vise la PCMA ? Réduire la mortalité et la morbidité infantile associées à la MAS,au niveau du district			
Objectif 1: Quels sont les objectifs spécifiques de la PCMA ? Augmenter la proportion d'enfants avec MAS du district qui sont traités par la PCMA	Indicateur de la performance: • % d'enfants avec MAS dans la PCMA Dans la PCMA: • taux de guérison • taux de décès • taux d'abandon • taux de non récupération • Taux de couverture • Nombre total d'admissions par mois • Nombre total en traitement par mois	• Enquêtes de couverture • Rapport mensuel de la PCMA du district	• Nombre de cas avec MAS reste à des niveaux gérables (< 30 enfants/semaine) • Le système communautaire d'extension pour le dépistage et la référence est adéquat
Résultat 1: Que peuvent faire les composantes spécifiques de la PCMA pour atteindre l'objectif? Fournir la PEC MAS ambulatoire efficace aux enfants de 6-59 mois dans le district X	Indicateurs de la performance: Dans la PEC MAS ambulatoire: • taux de guérison • taux de décès • taux d'abandon • taux de non récupération • Durée moyenne du séjour • Gain de poids moyen quotidien • Nombre total d'admissions par mois • Nombre total en traitement par mois (Remarque: Il est également utile de noter les changements dans ces indicateurs.)	• Rapport mensuel du site PEC MAS ambulatoire • Fiches individuelles de suivi de la PEC MAS ambulatoire	• L'approvisionnement de l'aliment thérapeutique prêt à l'emploi (ATPE) et des médicaments essentiels est fiable • Tout l'équipement nécessaire est disponible • Le personnel qualifié est suffisant

Activités / effets Qu'allez-vous faire pour obtenir un résultat et atteindre les objectifs? *1) Contexte favorable:* Fournir des directives nationales à tous les sites PEC MAS ambulatoire établis *2) Renforcement des compétences pour la PCMA :* Former X (nombre d') agents de santé de la PEC MAS ambulatoire *3) Accès à la PCMA:* Mettre en place X (nombre de) sites PEC MAS ambulatoire *4) Accès aux fournitures* Mettre en place un système d'approvisionnement pour l'ATPE *5) Qualité de la PCMA:* Mettre en place un système de soutien et de supervision	Indicateur de résultats: • # sites avec des copies des directives nationales • # sites opérationnels avec PEC MAS ambulatoire • # sites avec accès à l'ATPE et aux médicaments par le biais du système d'approvisionnement existant • # superviseurs avec outils de supervision • # et/ou % d'agents de santés formés • # et/ou % d'agents d'extension formés • # réunions communautaires tenues	• Rapport mensuel de la PCMA • Rapport mensuel du site PEC MAS ambulatoire • Système national d'information sanitaire (SNIS)	• Le ministère de la santé (MS) continue à soutenir l'intégration de la PEC MAS ambulatoire • Le personnel des structures sanitaires de santé est disponible pour la formation

DOCUMENT 7.10
Calcul de l'estimation des cas de MAS

EXEMPLE DE L'ESTIMATION DU NOMBRE D'ENFANTS AVEC MALNUTRITION AIGUË SÉVÈRE (MAS) QUI AURONT BESOIN DE LA PEC MAS AMBULATOIRE DANS LES 12 PROCHAINS MOIS

Population totale dans la zone ciblée	300 000
Population de 6 à 59 mois (20%, en général c'est moins)	60 000
Prévalence de la MAS	2%
Cas estimés de MAS	= 1 200 (60 000 X 0.02)
Nouveaux cas estimés qui se rajouteront en une année (l'incidence sur une année pourrait être de 1.6 de la prévalence)	= 1 920
Nombre estimé nécessitant une prise en charge dans les 12 mois	= 3 120 (1 200 +1 920)
Couverture attendue de le PCMA en zone rurale	50%
Nombre attendu qui sera traité dans la PCMA de bonne qualité	= 1 560 (3 120 x 0.50)
MAS attendue sans complications	80%
Nombre attendu qui sera traité uniquement dans la PEC MAS ambulatoire	≈ **1 248** (1 560 x 0,80)
Nombre attendu qui sera traité dans la PEC MAS hospitalière + PEC MAS ambulatoire	≈ **312** (1 560 x 0,20)

- Les données sur la prévalence provenant des enquêtes nutritionnelles indiquent le nombre d'enfants avec MAS à un moment donné. Il est important pour la planification de connaître l'incidence, qui est le nombre de nouveaux cas se présentant chaque année. En gros, l'incidence correspond deux à trois fois à la prévalence (de nouveaux cas s'ajoutent tous les quatre à six mois si le taux d'incidence est stable[1]).

- Les fluctuations saisonnières qui causent des pics dans les nombres devraient être envisagées dans l'estimation du nombre attendu total.

- Dans l'idéal, la couverture de la PCMA s'élève à 70%.

- Si on n'a pas accès à des enquêtes nutritionnelles locales, on pourra s'inspirer des données des enquêtes démographiques et de santé (EDS) ou des enquêtes par grappes à indicateurs multiples (EGIM) de l'UNICEF pour se faire une idée des moyennes nationales et locales de l'émaciation grave. Par contre, ces données ne comprennent pas la malnutrition œdémateuse (kwashiorkor) ou l'émaciation identifiée par un faible périmètre brachial (PB). Ainsi, il faut envisager un ajustement dans le nombre total d'enfants attendu nécessitant une prise en charge.

- Environ 80% du nombre de cas attendu peut être traité dans la PEC MAS ambulatoire et moins de 20% des cas auront besoin de la PEC MAS hospitalière pour être stabilisés.

[1] L'incidence est la prévalence/durée moyenne de la maladie (années). Les données de deux études indiquent que la durée moyenne de l'émaciation grave est de quatre à sept mois (0,33 à 0,6 ans). Après cela, les enfants soit récupèrent soit meurent. Si l'incidence est stable, le nombre effectif d'enfants à traiter dans un pays donné chaque année serait de 1.6 fois plus élevé que le nombre prévalent suggéré par une enquête de prévalence. (A.Briend, communication avec l'auteur, octobre 2007.)

DOCUMENT 7.11
Besoins, rôles et responsabilités des agents de santé

Source: Adapté du *Community-based Therapeutic Care (CTC): A Field Manual*

1. BESOINS DE LA PCMA EN MATIÈRE DE PERSONNEL PAR DISTRICT

Extension communautaire

- Un coordinateur pour l'extension communautaire
- Une équipe d'agents d'extension communautaire: agents de santé communautaire (ASC) et/ou bénévoles

PEC MAM

- Un chef d'équipe (expérience souhaitée en matière de PEC MAM)
- Deux personnes pour mesurer
- Un agent de santé (infirmier/ère)
- Un ou deux aides
- Une personne pour distribuer les aliments

PEC MAS ambulatoire

Affecté dans chaque structure sanitaire (et planifier des rotations si approprié) :

- Un agent de santé qualifié (infirmier ou assistant médical)
- Deux personnes pour mesurer (si le rapport poids-taille est utilisé)
- Un assistant (si nécessaire en fonction du nombre de cas)

PEC MAS hospitalière [1]

- Un pédiatre ou médecin disponible chaque matin pour la visite, pour l'admission, et en cas d'urgence
- Trois agents de santé qualifiés (infirmier, assistant médical) pour les trois rotations de 8 heures (pour les 24 heures)
- Quatre aides nutritionnels ou aides médicaux (pour les 24 heures)
- Personnel de soutien
- Personnel de liaison

Un coordinateur général de la PCMA et un coordinateur d'extension communautaire de la PCMA doivent être identifiés dans le district pour gérer les diverses composantes de la PCMA.

Une formation doit être dispensée à tous les agents de santé et gestionnaires. Une orientation d'une (ou deux) journée(s) sera organisée suivie par une formation continue avec un tuteur (formation, recyclage, encadrement, réunions de feed-back).

Le budget des ressources humaines dépendra de l'endroit où la PCMA sera réalisé ainsi que de son ampleur. Les salaires et les indemnités journalières doivent correspondre aux taux en vigueur dans la région. Si des indemnités sont versées au personnel du ministère de la santé (MS) ou si une formation est dispensée à ce personnel, elles seront basées sur l'échelle du MS.

La liste susmentionnée indique les besoins en ressources humaines externes dans le cas d'une urgence. Sinon, les rôles et les responsabilités devront être confiés aux agents de santé qui font partie du personnel régulier de la structure sanitaire.

[1] Si la PEC MAS ambulatoire fonctionne bien, le nombre de cas hospitalisés devrait normalement être faible (généralement cinq à 10 patients, en fonction de l'aire desservie par l'hôpital et de la prévalence de la MAS). Ainsi, on peut combiner les rôles du personnel.

2. RÔLES ET RESPONSABILITÉS DU PERSONNEL DE LA PEC MAS AMBULATOIRE

Responsable de santé ou coordinateur de la PCMA au niveau district

- Mobilisation et affectation des ressources (ressources humaines, infrastructure, fournitures, transport, formation)
- Planification de la PCMA
- Soutien et supervision
- Suivi et évaluation (S&E)
- Formation des agents de santé

Coordinateur de l'extension communautaire au niveau district

- Evaluation et mobilisation communautaires
- Soutien et supervision
- Formation des agents d'extension

Agent de santé (infirmier, aide médical)

- Evaluation de l'état médical et nutritionnel (anthropométrie, antécédents médicaux, examen physique, test d'appétit)
- Admission des enfants à la PEC MAS ambulatoire
- Référence vers la PEC MAS hospitalière
- Prise en charge de la MAS (traitement, prescription des médicaments et d'aliment thérapeutique prêt à l'emploi [ATPE])
- Organisation et supervision des séances initiales et de suivi de la PEC MAS ambulatoire
- Sortie des enfants
- Suivi individuel : fiche individuelle de suivi
- Suivi et rapports : fiches de pointage, rapports mensuels
- Suivi de l'équipement et des fournitures
- Formation des ASC

ASC

- Mesures anthropométriques
- Education nutritionnelle et sanitaire en groupe à la structure de santé
- Conseils individuels (Counselling) en santé et nutrition à base communautaire
- Dépistage et référence communautaires
- Visites de suivi à domicile pour les cas à risque
- Formation des bénévoles

Bénévoles

- Education nutritionnelle et sanitaire à base communautaire et conseils individuels (Counselling)
- Dépistage et référence communautaires
- Visites de suivi à domicile pour les cas à risque

Document 7.12
Calculer les besoins estimés en matière d'ATPE

Besoins estimés en aliment thérapeutique prêt à l'emploi (ATPE) pour la PEC MAS ambulatoire par district et par mois en fonction du régime de l'ATPE (Plumpy'Nut®) d'environ 200 kilocalories (kcal) par kg par jour en moyenne.

Chaque enfant dans la PEC MAS ambulatoire consomme environ 20 sachets d'ATPE par semaine. La consommation totale dans la PEC MAS ambulatoire par période donnée est calculée de la manière suivante :

ATPE		
A	Nombre de bénéficiaires de la PEC MAS ambulatoire	A
B	Consommation mensuelle par enfant (±20 sachets/enfants/semaine)	80
C	Consommation mensuelle de sachets pour la PEC MAS ambulatoire	A x B
D	Consommation mensuelle de cartons pour la PEC MAS ambulatoire	C/150
E	Poids net mensuel (T) (±13,8 kg/carton)	D x 13,8/1 000
F	Poids brut mensuel (T) (±14,9 kg/carton)	D x 14,9/1 000

Exemple

ATPE	
Nombre de bénéficiaires de la PEC MAS ambulatoire	1 000 enfants
Consommation mensuelle par enfant (±20 sachets/enfant/semaine)	80 sachets
Consommation mensuelle de sachets pour la PEC MAS ambulatoire	1 000 x 80= 80 000 sachets
Consommation mensuelle de cartons pour la PEC MAS ambulatoire	80 000/150=533,33 cartons
Poids net mensuel (T) (±13,8 kg/carton)	533,33 x 13,8/1000 = 7.35 MT
Poids brut mensuel (T) (±14,9 kg/carton)	533,33 x 14,9/1000 = 7.95 MT
+ ajouter pour les imprévus	

DOCUMENT 7.13
Vue d'ensemble des ressources pour la PCMA

Source: Adapté du *Community-based Therapeutic Care (CTC): A Field Manual*, pages 158-160

1. PERSONNEL

Voir **Document 7.11 Besoins, rôles et responsabilités des agents de santé**.

2. ÉQUIPEMENT ET FOURNITURES

Le matériel nécessaire pour les diverses composantes de la PCMA est décrit ci-après et les listes détaillées sont données dans les modules respectifs. Une vue d'ensemble est présentée (ci-après) des ressources nécessaires en plus des besoins normaux.

• **Extension communautaire :** Bracelets colorés pour la mesure du périmètre brachial (PB) et billets de référence

• **PEC MAM :** Bracelets PB colorés avec indication en mm, toises, balances, fiches individuelles de suivi, l'aliment supplémentaire (par exemple, l'aliment mélangé fortifié), équipement pour faire le mélange, médicaments (conformément aux protocoles), fiches de pointage, rapports mensuel, savon, papier.

• **PEC MAS ambulatoire :** Bracelets PB colorés avec indication en mm, toises, balances, médicaments (conformément aux protocoles), aliment thérapeutique prêt à l'emploi (ATPE), aliment mélangé fortifié (facultative), fiches individuelles de suivi de la PEC MAS ambulatoire, fiches de rations de l'ATPE, fiche de pointage, savon, papier, thermomètre, autres produits (si possible : savon supplémentaire pour compenser les mères dont l'enfant a été référé mais qui n'a pas été admis à la PCMA, pour distribuer à tous les bénéficiaires lors de chaque séance).

• **PEC MAS hospitalière :** Bracelets PB colorés avec indication en mm, toises, balances, médicaments (conformément aux protocoles), les laits F75 et F100, ATPE, fiches individuelles de suivi de la PEC MAS hospitalière, fiches de pointage, rapports mensuels, papier, équipement pour préparer les laits, matériel pour faire la cuisine (si la nourriture est préparée pour les mères ou les accompagnant(e)s de l'enfant), savon, moustiquaires, couvertures, matelas.

3. TRANSPORTS

• **Extension communautaire :** Le coordinateur de l'extension communautaire a besoin de moyens de transport pour se rendre sur les sites ou dans les communautés. Les agents d'extension (agents de santé communautaire (ASC), bénévoles) proviennent de la communauté locale ou voisine et peuvent donc se déplacer normalement à pied. Une indemnité de transport est généralement nécessaire pour la formation qui se tient dans un endroit central.

• **PEC MAM :** Les fournitures et les médicaments doivent être transportés sur chaque site, en fonction des conditions de sécurité pour le stock laissé sur place. Si on utilise des équipes mobiles, il faudra des moyens de transports. Les fournitures et l'équipement doivent également être transportés sur le site.

• **PEC MAS ambulatoire :** L'ATPE et les médicaments doivent être transportés sur chaque site, en fonction des conditions de sécurité pour le stock laissé sur place. Si on utilise des équipes mobiles, il faudra des moyens de transport quotidiens. Les fournitures et l'équipement doivent également être transportés sur le site. Des moyens de transport s'avèreront peut-être nécessaires pour les références et contre-références.

• **PEC MAS hospitalière :** Des moyens de transport s'avèreront peut-être nécessaires pour les références et contre-références.

- **Soutien, supervision et formation :** Des moyens de transport supplémentaires s'avèreront peut-être nécessaires pour le soutien et la supervision si les coordinateurs ne peuvent pas relier l'activité à leurs fonctions habituelles de soutien et de supervision. Des moyens de transport doivent être organisés si la formation se déroule hors site.

4. INFRASTRUCTURE

• **Extension communautaire :** Aucune nouvelle infrastructure n'est nécessaire car les structures communautaires sont utilisées.

• **PEC MAM :** Un grand nombre de communautés disposent de l'emplacement nécessaire dans les structures sanitaires, d'autres structures communautaires ou d'un endroit à l'ombre sous des arbres. Sinon, on pourra construire un abri temporaire (un hangar) et on utilisera à cet effet des matériaux locaux.

• **PEC MAS ambulatoire:** Dans l'idéal, la PEC MAS ambulatoire sera dispensée dans une structure sanitaire ou se déroulent les soins de santé primaire de routine. Si le nombre de patients est élevé, la PEC MAS ambulatoire peut être dispensée dans une salle spécifique dédiée. Si le nombre est très élevé, une structure simple pourra être construite ou aménagée sous un abri temporaire, pour que les enfants puissent être évalués hors de la vue du public tout en étant protégés de la pluie et du soleil.

• **PEC MAS hospitalière :** Dans l'idéal, la PEC MAS hospitalière sera intégrée au service de pédiatrie ou dans une salle séparée d'une structure sanitaire dispensant des soins 24 heures sur 24. Par ailleurs, la structure sanitaire nécessitera peut-être des rénovations ou agrandissements pour dispenser la PEC MAS hospitalière. Si le nombre de cas est élevé dans les situations d'urgence, il faudra construire une structure temporaire pour disposer de l'abri nécessaire.

5. ÉQUIPEMENT POUR LA PEC MAS AMBULATOIRE (PAR SITE)

	Articles	**Quantité**
1	Dossiers pour les fiches individuelles de suivi de la PEC MAS ambulatoire	1 par centre
2	Feutres (indélébiles)	2
3	Ecritoires à pince	2
4	Agrafeuse et boîte d'agrafes	1
5	Stylos et crayons	3
6	Ciseaux	1 paire
7	Bloc-notes	1
8	Calculatrice	1
9	Petite montre avec deuxième aiguille	1
10	Seau avec couvercle	2
11	Savon pour se laver les mains	1
12	Petit bol	1
13	Petite cruche	1
14	Serviettes pour s'essuyer les mains/serviettes papier	2
15	Cruche à eau (avec couvercle)	2
16	Tasses en plastique	10
17	Cuillères en métal	2
18	Petites cuillères ou tasses pour les médicaments	6
19	Thermomètres	3
20	Balance Salter (25 kg) avec culotte (ou bassine en plastique)	1
21	Toise	1
22	Bracelets PB	5
23	Tableaux rapport P/T et gain de poids 15%	1
24	Coupe-ongles	1

	Stock minimum à garder	
1	Fiches individuelles de suivi de la PEC MAS ambulatoire pour les nouvelles admissions	100
2	Fiches de rations de la PEC MAS ambulatoire pour les nouvelles admissions	100
3	Bracelets ID (facultatif)	100
4	Enveloppes de plastique transparent (pour garder les fiches individuelles de suivi)	100
5	Sacs pour emporter l'ATPE (si nécessaire)	100
6	Eau de boisson	1 bidon
7	Sucre pour préparer une solution eau-sucre 10%	500g
8	Savon pour les enfants admis et savon supplémentaire pour les enfants référés de la communauté qui ne répondent pas aux critères d'admission (facultatif)	500
9	ATPE	(voir **Document 7.12**)
10	Médicaments et pansements	(voir listes séparées ci-après)

Médicaments (pour 500 enfants)

(Remarque: Cette liste devra être adaptée aux protocoles de traitement nationaux.)

	Médicaments de routine	
1	Sirop et comprimés d'Amoxicilline 125 mg/5 ml	500 boîtes
2	Mebendazole 100 mg/Albendazole	4 boîtes
3	Paracheck (test rapide de dépistage du paludisme)	200
4	Comprimés d'Artesunate *	600 comprimés
5	Gélules de vitamine A	1 boîte
6	Vaccin contre la rougeole (s'il n'est pas possible de référer vers le programme élargi de vaccination [PEV])	100 doses

*Si l'association médicamenteuse comportant de l'artémisinine est disponible en plaquettes blister, 200 kits

	Médicaments supplémentaires	
8	Sirop ou comprimés de Chloramphénicol	100 bouteilles ou 1 boîte
9	Pommade oculaire de Tétracycline	50 tubes
10	Suspension de nystatine	20 bouteilles
11	Sirop ou comprimés de 100 mg de Paracétamol	2 bouteilles ou 1 boîte
12	Benzyl benzoate 200 ml	100 bouteilles
13	Pommade de Whitfield	50 tubes
14	Violet de gentiane (poudre)	1 boîte
15	Solution de Bétadine	2 bouteilles
16	Quinine (ou autre antipalique de 2e intention)	1 boîte
17	Folate ferreux (ou sulfate de fer et acide folique) pour le traitement de l'anémie	1 boîte
18	Ouate hydrophile	5 rouleaux
19	Gants d'examen (non-stériles)	1 boîte
20	Sacs de médicaments	100 sacs
21	Solution de réhydratation pour la malnutrition (ReSoMal)	2 sachets

Remarques:

- Tous les médicaments doivent porter des étiquettes claires.
- Le niveau des stocks quotidiens doit être revu après le premier mois, car les besoins dépendront du nombre des admissions.
- Le niveau des stocks sera gardé au minimum nécessaire pour faciliter le stockage.

Autres fournitures

Produits de pansement (si nécessaire)		
1	Gaze 10 x 10	20 paquets
2	Petits pansements	10 pièces
3	Sparadrap	2 rouleaux
4	Pommade au Zinc	10 tubes
5	Solution salée pour les plaies (100 ml ou 200 ml)	10 pièces
6	Ciseaux à pansement	2 paires

DOCUMENT 7.14
Matrice pour le plan d'action

EXEMPLE, POUR LE NIVEAU NATIONAL (ADAPTABLE AU NIVEAU DISTRICT)

Activités **Mois:**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**Personne responsable**
Renforcer le contexte favorable à l'intégration de la PCMA													
1. Mettre en place l'équipe de soutien de la PCMA	X	X											
2. Mettre en place un comité de concertation (CC) pour la PCMA et/ou un groupe de travail (GT), avec une description des tâches, un calendrier d'exécution, un plan de travail, un calendrier, une liste d'envoi	X	X	X										
3. Convoquer la réunion de planification du CC/GT			X										
4. Rédiger le plan stratégique de la PCMA			X	X									
5. Formuler les directives nationales et processus de revue de la PCMA		X	X	X									
6. Organiser un atelier national d'orientation et stratégie et formuler l'avant-projet des directives nationales				X									
7. Revoir les directives nationales intérimaires de la PCMA et diffuser				X	X								
8. Organiser des réunions de coordination du CC/GT		X				X		X		X		X	
9. Organiser le 2e atelier national d'évaluation de la performance, du partage des leçons apprises et avaliser les directives nationales													
10. Revoir les directives nationales finales de la PCMA, imprimer et diffuser													
11. Mettre en place la base de données et le répertoire de la PCMA					X	X	X	X	X	X	X	X	
12. Plaidoyer pour un financement de soutien pour la PCMA		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
13. Plaidoyer pour le traitement gratuit des enfants de moins de 5 ans souffrant de malnutrition aiguë sévère (MAS)		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
14. Formuler un plan pour étendre à plus grande échelle les activités de la PCMA dans les districts prioritaires										X	X	X	
15. Faciliter l'intégration de la PCMA aux politiques et plans de santé										X	X	X	
16. Faciliter l'intégration de la PCMA au plan de travail et au budget du ministère de la santé (MS)										X	X	X	

Renforcer les compétences pour la PCMA													
17. Recommander (plaidoyer) et dispenser la formation de base en PCMA et intégrer le sujet dans le curriculum des études des professions de la santé					X	x	x	x	x	x	x	X	
18. Réaliser un atelier de planification					X								
19. Dispenser une formation continue pour le démarrage de la PCMA						X	X		X		X		
20. Apporter une formation continue pour assurer la qualité des soins (encadrement, recyclage, stages, visites d'apprentissage)								X	X	X	X	X	
21. Mettre en place des forums d'apprentissage et de partage de l'information technique		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
22. Recommander (plaidoyer) l'intégration de la PCMA dans les descriptions des tâches							X	X	X	X	X	X	
23. Mettre sur pied/faciliter les systèmes de partage de l'information et de documentation					X	X	X	X	X	X	X	X	
24. Recommander (plaidoyer) et faciliter la recherche en matière de la PCMA					X	X	X	X	X	X	X	X	
25. Etendre à plus grande échelle : Réaliser des ateliers de formation et de planification dans les districts prioritaires													

Améliorer l'accès à la PCMA													
26. Evaluer la capacité et les besoins sur les sites d'apprentissage		X	X										
27. Mettre en place les soins sur les sites d'apprentissage					X	X							
28. Evaluer la capacité et les besoins dans les districts prioritaires													
29. Mettre en place la PCMA dans les districts prioritaires													

Faciliter l'accès aux fournitures de la PCMA													
30. Identifier le système d'approvisionnement pour l'équipement et les fournitures de la PCMA	X	X	X										
31. Identifier le système de gestion de l'approvisionnement pour l'équipement et les fournitures de la PCMA	X	X	X										
32. Faciliter l'accès aux fournitures de la PCMA sur les sites d'apprentissage			X	X									
33. Faciliter l'accès aux fournitures de la PCMA dans les districts prioritaires													
34. Faciliter la production locale de l'ATPE													

Renforcer la qualité de la PCMA													
35. Mettre au point des systèmes et outils de soutien et de supervision			X	X	X								
36. Mettre au point et imprimer des outils pour le suivi individuel			X	X	X								
37. Mettre au point des systèmes et outils pour le suivi et les rapports de la PCMA			X	X	X								
38. Evaluer le système national de surveillance de la nutrition et intégrer la PCMA au système national d'information sanitaire							X	X					
39. Réaliser un bilan communautaire	x	x											
40. Réaliser une enquête de couverture									X	X			
31. Revoir l'efficacité de la PCMA			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	

DOCUMENT 7.15
Matrice pour planifier la transition de la PCMA

Transition

Dans bien des endroits, ou dans les situations d'urgence la PCMA a été démarrée par des organisations non gouvernementales (ONG) externes et/ou l'UNICEF en collaboration avec le ministère de la santé (MS). Dès le début, il faudrait disposer d'un plan pour la transition des activités et des responsabilités et l'intégration de la PCMA dans le système de santé lorsque le MS assumera le contrôle de la PCMA.

La transition concerne le transfert progressif, y compris la planification et la préparation, des rôles et responsabilités de la PCMA, de l'ONG au MS jusqu'à ce que toutes les fonctions et activités aient entièrement changé de main.

EXEMPLE (adapter au contexte spécifique)

ÉLÉMENTS CLÉS de la PCMA	Statut – Qui est en charge actuellement	Capacité du MS à le faire	Lacunes	Solutions	Délais
1. Contexte favorable à la PCMA					
Rôle du leadership technique pour la PCMA : Comité de concertation, groupe de travail					
Système de coordination pour la PCMA (avec participation des parties concernées)					
Politiques et plans stratégiques nationaux en santé et nutrition reflétant la PCMA					
Plaidoyer pour l'intégration de la PCMA (basé sur évidence)					
Unité de soutien de la PCMA pour renforcer les compétences et la qualité					
Directives nationales de la PCMA					
Base de données et répertoires nationaux					
Financement pour les soins et les fournitures de la PCMA (long terme) – plans de travail et budgets					
Gratuité des traitements pour les enfants de moins de 5 ans (y compris malnutrition aiguë)					
Plan de contingence pour la PCMA					

ÉLÉMENTS CLÉS de la PCMA	Statut – Qui est en charge actuellement	Capacité du MS à le faire	Lacunes	Solutions	Délais
2. Compétences pour la PCMA					
Formation de base; intégration du sujet dans le curriculum de formation de base des études des professions de la santé					
Système de formation continue pour les agents de santé et les agents d'extension					
Sites et visites d'apprentissage de la PCMA					
Système de responsabilisation pour encourager des attitudes positives pour la PCMA (description des tâches, rôles, responsabilités, motivations)					
Système d'échange d'informations et de documentation					
Mise en place, promotion et soutien pour le système de recherche informative					
3. Accès à la PCMA					
Sites d'apprentissage avant l'expansion progressive et plan d'expansion					
PEC MAS hospitalière et PEC MAS ambulatoire et PEC MAM dans les districts prioritaires					
Système de référence entre la PEC MAS hospitalière et la PEC MAS ambulatoire					
Nombre adéquat d'agents de santé qualifiés pour la PCMA					
Extension communautaire de la PCMA dans les districts prioritaires					
La PCMA est intégrée aux soins de santé et de nutrition de routine					
La PCMA est reliée aux systèmes de santé informels					
La PCMA est reliée aux initiatives communautaires					
4. Accès aux fournitures de la PCMA					
Système d'approvisionnement pour les fournitures de la PCMA					

ÉLÉMENTS CLÉS de la PCMA	Statut – Qui est en charge actuellement	Capacité du MS à le faire	Lacunes	Solutions	Délais
Système de gestion pour l'équipement et les fournitures de la PCMA					
Production nationale de l'ATPE, avec capacité nécessaire pour répondre aux besoins nationaux					
5. Qualité des services de la PCMA					
Adhésion aux directives et protocoles de traitement nationaux					
Système de soutien et de supervision pour la prestation des soins					
Système standardisé de suivi individuel des soins					
Système standardisé de suivi et de rapport pour la PCMA					
Système national de surveillance et intégration dans le système national d'information sanitaire					
Système de rapport minimal					
Système d'évaluation pour analyser l'efficacité (performance et couverture)					

DOCUMENT 7.16
Directives pour le plan de contingence de la PCMA

Un modèle de planification pour les crises humanitaires est présenté ci-après dans les grandes lignes. Une telle information s'avère utile pour comprendre le processus de planification en cas d'urgence nutritionnelle importante pour une réponse en PCMA renforcée. Chaque étape du processus est présentée avec les principales questions qui l'accompagnent.

Contingences :

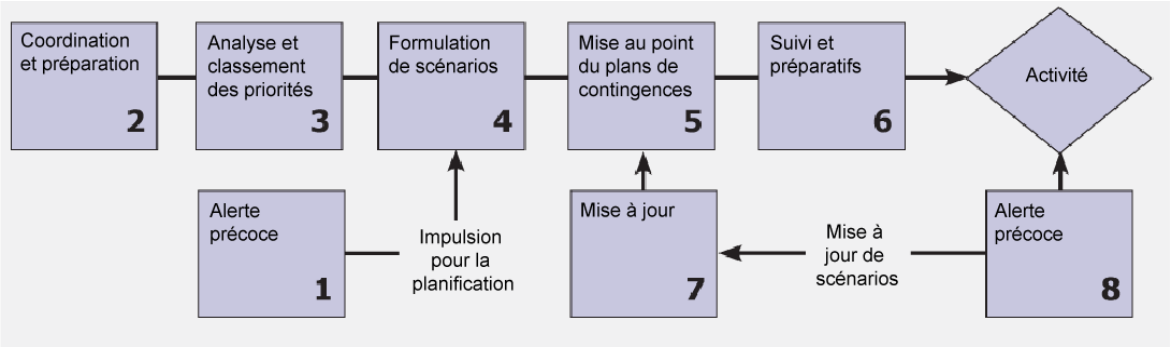
Quel que soit le pays, la situation nutritionnelle est souvent incertaine. Des événements inattendus, comme des troubles civils ou des catastrophes naturelles, peuvent augmenter rapidement le nombre de cas de malnutrition aiguë parmi les populations qui sont déjà vulnérables. Il est important de planifier à l'avance et de se préparer à de tels imprévus pour que le système soit en mesure de prendre en charge un nombre accru de cas.

Identifier les districts vulnérables. Il est important pour le pays, la région, ou le district vulnérable de planifier les mesures qui devront être prises si les niveaux de MAS augmentent soudainement. Le plan de contingence pour la PCMA fait partie d'un plan plus général de contingence qui comprend les éléments suivants :

- Identifier un coordinateur des situations d'urgence qui est responsable d'évaluer les situations d'urgence et de décider comment il faut répondre
- Planifier les réunions de coordination et engager les participants
- Cartographier les capacités de la PCMA du Ministère de la santé (MS) et de ses partenaires dans le district affecté et dans les districts voisins
- Cartographier les programmes et partenaires de santé, de nutrition et de sécurité alimentaire et de subsistance
- Prendre des dispositions écrites acceptées par les structures sanitaires du MS, au niveau national, régional et du district
- Disposer d'un financement pour l'équipement et les fournitures d'urgence dans les structures sanitaires
- Avoir accès à l'équipement et aux fournitures supplémentaires de la PCMA
- Avoir accès à du personnel supplémentaire expert en matière de PCMA
- Avoir accès à des formateurs et moniteurs de la formation continue

Cadre pour la planification et réponse en cas de crise alimentaire :

(Source: www.fews.net)



Vue d'ensemble des principales étapes du diagramme:

1. Alerte précoce
L'alerte précoce déclenche le processus de planification pour les contingences. Lorsque les premiers signes d'une crise sont détectés, la planification doit démarrer ou alors les plans existants doivent être mis à jour. Par exemple, lorsque se présentent les premiers signes d'une vague de sécheresse dans une région où les gens vivent dans l'insécurité alimentaire, il faut commencer à planifier pour se préparer à la crise alimentaire qui va s'en suivre.

2. Coordination et préparation du plan de contingence
Un processus de planification efficace pour les contingences engage de multiples intervenants, qu'il s'agisse des différents bureaux ou du personnel au sein d'une seule organisation ou encore du personnel venant de différentes organisations. Il est nécessaire de s'organiser pour vérifier que ces intervenants sont intégrés efficacement dans un processus de planification productive. En bref, il faut planifier la mise au point d'un plan pour la situation d'urgence afin de déterminer qui fera quoi, quand et comment.

3.a. Analyser le contexte, le danger et les risques
Planifier en vue de se préparer à une éventuelle situation qui ne s'est pas encore produite demande qu'on comprenne bien le danger que cela représente pour la population et les risques que cela comporte. La première étape du processus de planification consiste à bien comprendre ce danger et les risques qui y sont attachés. Pour cela, on collecte et on analyse les rapports, les cartes, les données initiales et autres sources d'information sur les dangers auxquels sont exposés le pays ou la région. Cela demande qu'on discute avec les experts et les organisations.

3.b. Classer les urgences par ordre prioritaire
La planification pour les contingences relève d'un travail intensif qui doit souvent être fait dans un contexte de grande activité où les gens n'ont que peu de temps et de ressources à consacrer à cette tâche. Aussi, les planificateurs doivent-ils choisir un petit nombre d'urgences et de scénarios à gérer. Les critères à la base de la décision sont l'éventuelle gravité de la crise, son degré de probabilité et la possibilité que les mesures de prévention permettent également de se parer contre d'autres urgences. Par exemple, un plan pour faire face aux répercussions d'un ouragan pourra également aider à lutter contre les inondations dans la même région.

4. Préparer des scénarios
Un scénario regroupe un ensemble d'hypothèses sur ce qui va se passer à la suite de cet évènement imprévu (danger, menace, situation) pour laquelle la planification est faite. Combien de gens seront touchés ? Comment seront affectés ? Où se trouvent-ils ? Pendant combien de temps seront-ils affectés ? Des plans sont formulés en fonction de ces hypothèses. Il est probable que la préparation des scénarios est l'étape la plus difficile du processus, car cela suppose qu'on définisse ce qui se passera à l'avenir avec une multitude de possibilités. L'expérience a montré que la meilleure approche à avoir est de préparer

des scénarios souples qui supportent la mise au point et la préparation de plans qui peuvent être adaptés aisément.

5. Formuler le plan de contingence

En fonction des scénarios qui seront formulés, les planificateurs prennent les décisions quant à la bonne manière de s'attaquer à la situation qu'ils ont décrite. Par exemple, si le scénario estime que 100 000 personnes seront exposées à l'insécurité alimentaire et se trouveront dans l'incapacité de répondre à leurs besoins alimentaires pendant 6 mois, un programme d'aide alimentaire pour cette période sera mis en place. Le plan de contingence doit aller au-delà de la définition des options de réponse et définir ce qui sera nécessaire pour mettre en œuvre l'opération sous l'angle programmatique, opérationnel, logistique et administratif et déterminer en dernier lieu le coût que cela suppose.

6. Mettre en œuvre les actions de suivi et de préparatifs

Lors du processus de planification pour les contingences, les actions de préparation ou de suivi se présentent toujours lors des discussions. Une bonne planification vérifie toujours que ces différentes étapes sont notées, classées et exécutées. La mise en œuvre des actions de préparatifs est probablement la partie la plus importante de la planification en cas d'urgence en ce qui concerne l'amélioration de la qualité et la rapidité de la réponse. Sans cette préparation et ce suivi, la planification se réduit à un simple exercice sur papier.

7. Mise à jour du plan de contingence

Le plan de contingence peut devenir rapidement obsolète si les événements submergent les hypothèses émises au départ. Il faudra les mettre à jour régulièrement pour s'assurer de leur pertinence. Cela facilite également la continuation du processus de planification et consolide les relations forgées tout du long.

8. Alerte précoce

L'alerte précoce déclenche également la mise en œuvre du plan de contingence et les actions de préparation identifiées lors du processus de planification. Lorsque se présentent des signes annonçant une crise, il faut prendre les mesures de réponse indiquées dans le plan de contingence. Reprenons l'exemple ci-dessus : lorsque le suivi indique que les pâturages sont desséchés et que les récoltes ne pourront pas être moissonnées suite à la sécheresse, les actions en réponse qui figurent dans le plan de contingence doivent être mises en œuvre : aide alimentaire, interventions pour la santé du bétail, soutien pour les semences et les intrants.

9. Activer le plan de contingence

Lorsqu'une crise se matérialise, il faut mettre en action le plan de contingence. Normalement, il faudrait également faire une évaluation de l'urgence pour valider ou réfuter les hypothèses émises dans le plan. En fonction des résultats de l'évaluation, on pourra adapter le plan et le convertir en **plan de réponse** qui sera mis en œuvre.

MODULE HUIT

LE SYSTÈME DE SUIVI ET DE RAPPORTS POUR LA PCMA

VUE D'ENSEMBLE DU MODULE

Le présent module introduit les participants aux principes fondamentaux du suivi, des rapports et de la supervision pour la prise en charge à base communautaire de la malnutrition aiguë (PCMA), avec plus d'attention pour la prise en charge ambulatoire de la malnutrition aiguë (PEC MAS ambulatoire).

Le module décrit comment les enfants individuels sont suivis dans la PCMA et comment l'information et les données de ce suivi sont recueillies pour la PCMA dans son entier. Le but et la fonction des visites de soutien et de supervision sont également indiqués et discutés.

Nous avons déjà parlé de l'importance de suivre les enfants entre la PEC MAS ambulatoire et la prise en charge hospitalière de la malnutrition aiguë (PEC MAS hospitalière), en utilisant la fiche de référence et en remplissant les fiches individuelles de suivi de la PEC MAS ambulatoire. Le présent module rassemble toute cette information dans le cadre d'un simple système de suivi.

Ce module comprend des exercices pratiques qui donneront aux participants l'occasion de s'exercer à compiler les données et les informations. Il comprend également une visite d'une demi-journée sur le terrain comme pratique dans un site de PEC MAS ambulatoire où les participants pourront observer les diverses procédures d'inscription, de suivi, de compte rendu et de supervision.

Le suivi et les rapports pour la PCMA combinent l'information sur la PEC MAS ambulatoire et la PEC MAS hospitalière. Les indicateurs de la performance se basent sur ces statistiques combinées. Le système de suivi de chaque site de PEC MAS ambulatoire et de chaque site de PEC MAS hospitalière doit être uniforme et standardisé afin éviter de compter deux fois les enfants.

Remarque : Ce module ne traite pas du suivi et des rapports du système d'approvisionnement (gestion et transport de l'équipement, du matériel, des médicaments et de l'aliment thérapeutique) ni des ressources humaines.

SUIVI ET RAPPORTS POUR LA PCMA : SALLE DE CLASSE

Objectifs d'apprentissage	Documents à distribuer et exercices
1. Décrire les principes d'un système de suivi et rapports pour la PCMA	
2. Décrire comment l'enfant est suivi individuellement dans la PCMA	• Document 8.1 Suivi individuel du traitement de l'enfant dans le cadre de la PCMA • Document 8.2 Système de numérotation à l'inscription à la PCMA • Document 8.3 Système de suivi et rapports pour la PCMA • Document 8.4 Critères d'admission et catégories d'entrée pour la PCMA • Document 8.5 Critères de fin de traitement et catégories de sortie pour la PCMA • Document 8.6 Système de classement pour les fiches individuelles de suivi de la PEC MAS ambulatoire
3. Remplir la fiche de pointage et les rapports mensuels du site et du district de la PCMA; interpréter les résultats	• Document 8.3 Système de suivi et rapports pour la PCMA • Document 8.4 Critères d'admission et catégories d'entrée pour la PCMA • Document 8.5 Critères de fin de traitement et catégories de sortie pour la PCMA • Document 8.7 Fiche de pointage de la PCMA • Document 8.8 Rapport mensuel du site de la PCMA • Document 8.9 Rapport mensuel de la PCMA du district • Exercice 8.1 (a) Fiche de pointage pour la PEC MAS ambulatoire • Exercice 8.2 Remplir la fiche de pointage du site PEC MAS ambulatoire
4. Mesurer et discuter la performance et la couverture de la PCMA	• Document 1.2 Terminologie pour la PCMA • Document 8.10 Indicateurs de la PCMA • Document 8.11 Principes de la couverture • Exercice 8.1 (b) Rapport mensuel du site PEC MAS ambulatoire
5. Evaluer et chercher à éliminer les barrières à l'accès et la fréquentation de la PCMA	• Document 8.12 Evaluer les barrières à l'accès et la fréquentation de la PCMA • Exercice 8.3 Jeu de rôle sur la réunion communautaire

6. Expliquer le but du soutien et de la supervision	• Document 8.13 Soutien et supervision pour la PCMA • Document 8.14 Grille de soutien et de supervision de la PEC MAS ambulatoire • Document 8.15 Grille de soutien et de supervision de l'extension communautaire • Exercice 8.4 Analyse des rapports de trois sites PEC MAS ambulatoire et un site PEC MAS hospitalière
7. Préparer le rapport minimal de synthèse de la PCMA	• Document 8.16 Directives pour les rapports minimaux de la PCMA
Synthèse et évaluation du module	• Référence supplémentaire 8.1 Créer une base de données de la PCMA (en Excel 2003) Créer une base de données de la PCMA (en Excel 2003)

MATÉRIEL

- Documents à distribuer
- Calculatrices
- Grandes feuilles
- Feutres, papier-cache
- Copies des fiches individuelles de suivi de la PEC MAS ambulatoire
- *Community-Based Therapeutic Care (CTC): A Field Manual*
- Rapport sur *l'atelier international de l'intégration de la prise en charge à base communautaire de la malnutrition aiguë* (Washington, D.C., 28-30 avril 2008)
- Copies de **Document 1.2 Terminologie pour la PCMA**, **Document 8.4 Critères d'admission et catégories d'entrée pour la PCMA** et **Document 8.5 Critères de fin de traitement et catégories de sortie pour la PCMA**

PRÉPARATION À L'AVANCE

- Organisation de la pièce
- Créer des fiches de jeux de rôle pour l'Exercice de groupe B : Jeu de rôle sur la réunion communautaire.

DURÉE DU MODULE : QUATRE HEURES EN SALLE DE CLASSE, PRATIQUE SUR LE TERRAIN D'UNE DEMI-JOURNÉE

Remarque : Suivant les besoins du public, les formateurs pourront omettre certains objectifs d'apprentissage et certaines activités et en approfondir d'autres. La durée du module est une estimation du temps qu'il faut pour achever tous les objectifs et activités d'apprentissage.

OBJECTIF D'APPRENTISSAGE 1 : Décrire les principes d'un système de suivi et rapports pour la PCMA

OA.1

FORMATEUR : Revoyez le **Document 4.1 Critères d'admission et catégories d'entrée pour la PCMA** et le **Document 4.17 Critères et catégories de sortie pour la PCMA.** Notez que ces documents seront utilisés comme référence tout au long du module. Prière de se reporter aux Modules 4-6 pour un examen supplémentaire des critères d'admission et de sortie (fin de traitement) si c'est nécessaire.

Discussion en groupe : Principes du système de suivi et rapports pour la PCMA. Demandez aux participants de réfléchir aux aspects ci-après et de répondre aux questions suivantes :

1. Quels sont les aspects clés du suivi et des rapports de la PCMA ?

   Comblez les lacunes de la discussion avec l'information suivante :
   Un suivi efficace de la PCMA demande les éléments suivants :
   - Suivi individuel de l'enfant
   - Suivi et compte rendu de l'efficacité de la PCMA dans son ensemble
   - Supervision et soutien des agents de santé

2. Pourquoi faisons-nous un suivi de la PCMA ?

   Comblez les lacunes dans la discussion en apportant l'information suivante :
   Le suivi aide à identifier ce qui fonctionne bien (forces), ce qui ne marche pas bien et où résident les faiblesses. Munis de cette information, nous pourrons corriger les faiblesses et combler les lacunes.
   - Dans la PCMA, l'enfant est suivi au niveau individuel pour s'assurer que tous les enfants sont traités adéquatement et efficacement, afin de pouvoir améliorer continuellement les soins que reçoivent ces enfants.
   - Le personnel de santé est supervisé et soutenu pour permettre de maintenir et de renforcer continuellement ses compétences et pour s'assurer que les enfants avec malnutrition aiguë sévère (MAS) reçoivent des soins efficaces.

3. Quelles sont les caractéristiques d'un système national d'information sanitaire (SNIS) efficace?

   Comblez les lacunes dans la discussion avec l'information suivante :
   Un SNIS doit être simple pour éviter un surcroit de travail aux agents de santé, bien qu'il faille par ailleurs disposer d'une quantité suffisante d'informations utiles pour garantir l'efficacité de la PCMA et permettre aux responsables des soins de santé de prendre les décisions et de procéder aux ajustements. Un SNIS doit compléter et non reproduire les systèmes existants. En effet, il se peut qu'un SNIS faisant le compte rendu des cas de MAS existe déjà et/ou que le Ministère de la Santé (MS) ou l'UNICEF demandent des rapports sur la malnutrition aiguë.

4. Qui devrait être responsable du suivi et des rapports pour la PCMA ? Qui devrait superviser la PCMA dans votre district ?

   Comblez les lacunes avec l'information suivante :
   Ceci sera différent d'un district à l'autre. Mais il est important pour chaque aspect du suivi de déterminer à l'avance qui sera spécifiquement responsable de collecter et de documenter les données servant à établir les rapports.

OBJECTIF D'APPRENTISSAGE 2 : Décrire comment l'enfant est suivi individuellement dans la PCMA

OA.2

FORMATEUR : Prenez connaissance du **Document 8.1 Suivi individuel de l'enfant dans la PEC MAS ambulatoire**, **Document 8.2 Système de numérotation à l'inscription proposé pour la PCMA**, **Document 8.3 Système de suivi et rapports pour la PCMA** et **Document 8.4 Système de classement pour les fiches individuelles de suivi de la PEC MAS ambulatoire.**

Réponse suscitée : Informations et outils pour le suivi individuel. Demandez aux participants quels sont les outils qu'ils ont rencontrés dans leur formation qui pourraient aider à suivre les enfants dans la PCMA. Comment chacun de ces outils peut-il aider ? Comblez les lacunes avec les outils décrits ci-après:

- Un numéro d'inscription unique de l'enfant
- Fiche individuelle de suivi en PEC MAS ambulatoire: Les antécédents médicaux de chaque enfant, l'examen physique, l'anthropométrie, l'appétit, le traitement médical et la récupération nutritionnelle sont surveillés sur la fiche individuelle de suivi de la PEC MAS ambulatoire. Les progrès au niveau du traitement individuel sont notés en fonction des signes cliniques, des indications de la mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant et de l'anthropométrie (périmètre brachial [PB] et le poids et la taille).
- La fiche de rations de l'aliment thérapeutique prêt à l'emploi (ATPE) : la quantité de l'ATPE par séance est calculée en fonction du poids de l'enfant et elle est notée sur une fiche de rations de l'ATPE ainsi que la fréquence des séances.
- Fiche de référence : Ces formulaires, qui utilisent le numéro d'inscription unique de l'enfant, sont utilisés pour orienter l'enfant de la PEC MAS ambulatoire vers la PEC MAS hospitalière et vice versa.

Demandez aux participants de se reporter au **Document 8.1 Suivi individuel du traitement de l'enfant dans le cadre de la PCMA**. Demandez aux participants si d'autres informations sont nécessaires pour suivre un enfant admis à la PCMA. Demandez qui est responsable du suivi. Demandez-leur de trouver les réponses dans le **Document 8.1.**

Exposé participatif: Numéros d'inscription. Indiquez aux participants que les enfants admis dans la PCMA sont suivis dans le cadre de la PEC MAS ambulatoire et lorsqu'ils sont référés vers d'autres soins. Ainsi, on peut vérifier que les procédures d'admission, de sortie et de traitement sont suivies et documentées correctement car cela permet aux agents de santé de suivre les cas des enfants quand c'est nécessaire.

Les enfants avec MAS sont inscrits au moment de l'admission à la PCMA sur le site où ils se présentent en premier et ils reçoivent un numéro d'inscription unique. Ce numéro est noté sur leur fiche individuelle de suivi ou carte de santé (ou dans le registre d'inscription si un tel registre est utilisé). Ce numéro est utilisé pour suivre l'enfant lorsqu'il ou elle est inscrit à la PCMA.

Discussion en groupe : Numéros d'inscription. Reproduisez sur une grande feuille le système de numérotation du **Document 8.2 Système de numérotation à l'inscription à la PCMA, tableau 1**. Expliquez que le système de numérotation pour la

PCMA (**Exemple 1**) comporte trois parties: nom ou code de la structure sanitaire, numéro individuel de l'enfant et un code représentant le type de service où l'enfant a reçu en premier le traitement. Comparez avec le système de numérotation pour le Malawi (**Exemple 2).** Demandez aux participants si leur pays utilise un système de numérotation du SNIS ou un autre système de numérotation pour d'autres interventions. Voyez avec eux dans quelle mesure ce système est différent du système de numérotation standard pour la PCMA. Discutez des points en gras dans le **Document 8.2** et répondez aux questions. Faites remarquer que les systèmes de numérotation peuvent changer d'un pays à l'autre, et que par conséquent, il est indispensable de consulter les directives nationales. Faites remarquer également que, lors de la mise en place de la PCMA, son système de numérotation doit être compatible avec le système de numérotation pour l'inscription qui est déjà en place.

Exposé participatif : Classer les enfants dans les catégories d'entrée et sortie (fin de traitement). Expliquez aux participants que les enfants dans la PCMA sont suivis alors qu'ils transitent d'un soin à un autre pour éviter de les compter deux fois. Demandez aux participants de se reporter au **Document 8.3 Système de suivi et rapports pour la PCMA, Partie A** pour de plus amples informations. Cette information et la suite du **Document 8.3** seront couvertes dans l'**Objectif d'apprentissage 3 : Remplir la fiche de pointage et les rapports mensuels du site et du district ; interpréter les résultats**

- Classification à l'entrée : A l'entrée dans le traitement, l'enfant avec MAS est classé comme nouvelle admission âgée de 6 à 59 mois (il est facultatif de spécifier le critère d'amission noté), comme une nouvelle « autre » admission (nourrissons < 6 mois, enfants ≥ 5 ans, adolescents, adultes) ou comme un ancien cas (lorsqu'il est référé de la PEC MAS hospitalière ou de la PEC MAS ambulatoire ou lorsqu'il ou elle revient après un abandon). Une rechute est classée comme une nouvelle admission, et sera indiquée en tant que telle sur la fiche individuelle de suivi de la PEC MAS ambulatoire.

  Demandez aux participants quels sont les outils qu'ils ont rencontrés dans leur formation qui pourraient les aider à déterminer la catégorie dans laquelle entre chaque enfant et comment on peut le/la suivre (à savoir, les critères d'admission à la PCMA, les catégories d'entrée à la PCMA, les fiches individuelles de suivi de la PEC MAS ambulatoire). Indiquez aux participants qu'ils vont prendre connaissance sous peu d'autres outils facilitant la classification et le suivi : ranger les fiches individuelles de suivi dans des classeurs et remplir les fiches de pointage et les rapports mensuels du site.

- Classification à la sortie : à la sortie de la PEC MAS ambulatoire, chaque enfant est classé dans l'une des catégories suivantes : guéris (fin de traitement), décédés, abandons ou non récupérés. Ce classement est également indiqué sur la fiche individuelle de suivi de la PEC MAS ambulatoire et sur la fiche de pointage. Demandez à nouveau aux participants quels sont les outils qu'ils ont rencontrés dans leur formation qui peuvent les aider à déterminer dans quelle catégorie se range chaque enfant et comment on peut les suivre (à savoir, critères de sortie (fin de traitement) de la PCMA, catégories de sortie de la PCMA, fiche individuelle de suivi de la PEC MAS ambulatoire, classeurs, fiches de pointage). Les références vers la PEC MAS hospitalière ou la PEC MAS ambulatoire sont une catégorie de sortie séparée.

  Remarque: Les enfants qui sont référés entre la PEC MAS ambulatoire et la PEC MAS hospitalière ont quitté le site mais n'ont PAS quitté la PCMA. Leur statut est celui de « référé ». Les enfants qui ne récupèrent pas sont référés vers d'autres soins pour un examen médical d'investigation supplémentaire dès que leur état est diagnostiqué et ils sortent de la PCMA comme non récupérés uniquement s'ils ne répondent pas aux critères de sortie (fin de traitement) après quatre mois de traitement. Les enfants

référés vers la PEC MAS ambulatoire venant de la PEC MAM car leur état s'est aggravé sont considérés comme de nouvelles admissions.

OA.2

Examen : Fiches individuelles de suivi de la PEC MAS ambulatoire. Distribuez des copies des fiches individuelles de suivi de la PEC MAS ambulatoire aux participants. Voyez où est marquée chaque information concernant l'enfant : l'anthropométrie, les antécédents médicaux, l'examen physique, le test d'appétit, le traitement médical et la récupération nutritionnelle. Voyez également le verso de chaque fiche où devrait figurer l'information sur les références et les sorties (enfants qui sont guéris, enfants qui sont décédés, les abandons ou ceux qui n'ont pas récupéré). Rappelez aux participants que le personnel de santé et les superviseurs devraient revoir régulièrement les fiches individuelles de suivi de la PEC MAS ambulatoire pour vérifier que les protocoles actuels sont suivis.

Exposé participatif : Classer les fiches individuelles de suivi de la PEC MAS ambulatoire. Expliquez aux participants qu'il est important d'avoir un système de classement clair et accessible pour classer les fiches de suivi de la PEC MAS ambulatoire afin de suivre aisément les cas actifs (en cours de traitement) et les sorties ainsi que pour permettre une référence rapide. Les fiches de suivi de la PEC MAS ambulatoire devraient être organisées dans des classeurs ou fichiers qui restent dans la structure sanitaire et qui sont accessibles à tout moment. Les cas actifs et les sorties devront être classés séparément dans deux classeurs ou des chemises avec des intercalaires. Le classeur des cas actifs comprend les fiches de tous les enfants recevant actuellement des soins sur le site considéré. Les fiches dans le classeur ou la chemise des sorties sont organisées en fonction du type de sortie. Le personnel doit passer en revue chaque semaine les chemises ou fichiers.

Pratique : Classer les fiches individuelles de suivi de la PEC MAS ambulatoire. Dessinez un tableau avec deux colonnes sur la grande fiche. Marquez le titre de la première colonne comme « cas actifs » et la seconde colonne comme « sorties ». En plénière, demandez aux participants de mettre dans l'une ou l'autre colonne les classifications suivantes:

- Enfants actuellement en traitement en PEC MAS ambulatoire (cas actifs)
- Guéris (fin de traitement)
- Décédés
- Non récupérés – ceux qui sortent de la PCMA après quatre mois de traitement sans atteindre les critères de fin de traitement (après examen médical)
- Absents – ceux qui ne sont pas venus à une ou deux visites de suivi dans la PEC MAS ambulatoire (cas actifs)
- Abandons – ceux qui ne sont pas venus à trois visites de suivi consécutives
- Référés - ceux qui sont référés de la PEC MAS ambulatoire ou PEC MAS hospitalière (qui ont quitté temporairement le site, mais non pas la PCMA) ou qui ont été orientés vers un examen médical (cas actifs)

Remarque : Indiquez aux participants que lorsque l'enfant revient après un abandon ou une référence, la même fiche individuelle de suivi de la PEC MAS ambulatoire est utilisée.

Distribuez des copies du **Document 8.4 Critères d'admission et catégories d'entrée pour la PCMA**, **Document 8.5 Critères de fin de traitement et catégories de sortie pour la PCMA** et demandez aux participants de se reporter au **Document 8.4 Système de classement pour les fiches individuelles de suivi de la PEC MAS ambulatoire** pour référence. Discutez des cas actifs ou des catégories de sortie si les questions se présentent.

OBJECTIF D'APPRENTISSAGE 3 : Remplir les fiches de pointage et les rapports mensuels du site et du district de la PCMA; interpréter les résultats

OA.3

FORMATEUR : Revoyez le **Document 8.3 Système de suivi et rapports pour la PCMA** et prenez connaissance du **Document 8.5 Fiche de pointage de la PCMA**, **Document 8.6 Rapport mensuel du site de la PCMA**, **Document 8.7 Rapport mensuel de la PCMA du district**, **Exercice 8.1 (a) Fiche de pointage pour la PEC MAS ambulatoire** et **Exercice 8.2 Remplir la fiche de pointage du site PEC MAS ambulatoire**.

Exposé participatif : Collecte des données de routine. Les informations sont notées sur les **fiches de pointage** dans chaque site après le jour d'activité PCMA. Les fiches de pointage sont compilées sur les **rapports mensuels du site. Les rapports mensuels du district** combinent l'information de tous les rapports mensuels des sites dans le district. Les rapports mensuels des districts étayent le **rapport mensuel régional et ensuite le rapport mensuel national.** Le système de rapport pour la PCMA peut être une compilation des rapports mensuels sur papier ou une base de données électroniques (tableur Excel). Indiquez aux participants qu'il est très important que les sites PEC MAS hospitalière et MAS ambulatoire utilisent des rapports mensuels standardisés pour qu'on puisse les compiler et suivre exactement l'efficacité globale de la PCMA.

Remarque : à la fin de chaque séance de PEC MAS ambulatoire, on utilise les fiches individuelles de suivi de la PEC MAS ambulatoire pour les nouvelles admissions et les nouvelles sorties dans le but de remplir la fiche de pointage pour chaque jour d'activité PCMA. **Les nouvelles admissions** sont notées en fonction de leur catégorie d'entrée (par critère d'admission et groupe d'âge ou par groupe d'âge seulement). **Les nouvelles sorties** sont notées en fonction de la catégorie de sortie (guéris, décédés, abandons, non récupérés). Les références de la PEC MAS hospitalière vers la PEC MAS ambulatoire seront notées comme 'référés' de la PEC MAS hospitalière.

Discussion en groupe : Données quantitatives de la fiche de pointage. Demandez aux participants s'ils ont déjà utilisé des fiches de pointage dans leur travail et, dans l'affirmative, ce qu'ils voulaient suivre avec cette fiche. Demandez aux participants de se reporter au **Document 8.7 Fiche de pointage de la PCMA** et demandez-leur d'examiner comment sont traitées les données quantitatives qui s'y trouvent. Toujours en se reportant à la fiche, demandez aux participants à quelles catégories suivantes appartiennent les enfants :

- Un enfant de moins de 5 ans qui est référé de la PEC MAM à la PEC MAS ambulatoire car son état a empiré
  (Réponse : classé pour l'admission comme 'nouveau cas - 6-59 mois')

- Un abandon qui était sorti et qui ne répondait pas encore aux critères de sortie mais qui est revenu dans un petit délai de temps (moins de 2 mois par exemple, voir directives nationales) à la PEC MAS ambulatoire
  (Réponse : classé pour l'admission comme 'ancien cas' de la PEC MAS ambulatoire/hospitalière ou abandon revenant)

- Un enfant qui revient à la PEC MAS ambulatoire venant de la PEC MAS hospitalière ou vice versa
  (Réponse : classé pour l'admission comme 'ancien cas')

- Un enfant qui est envoyé d'un site PEC MAS ambulatoire (A) à un autre site PEC MAS ambulatoire (B) pour continuer son traitement (par exemple pour raison de déménagement) (Réponse : à la PEC MAS ambulatoire (A) sur la fiche de pointage il est classé comme sorti 'référé' vers la PEC MAS ambulatoire, et au nouveau site PEC MAS ambulatoire (B) sur la fiche de pointage il est classée pour l'admission comme 'ancien cas')

- Un enfant qui est admis à la PEC MAS hospitalière après avoir été à la PEC MAS ambulatoire parce qu'il ne répondait pas au traitement
  (Réponse : classés pour l'admission comme 'ancien cas')

- Un enfant avec MAS et complication médicale qui se présente directement à la PEC MAS hospitalière
  (Réponse : classés comme 'nouvelle admission 6-59 mois' sur la fiche de pointage du site PEC MAS hospitalière)

- Un enfant avec MAS et complication médicale qui se présente d'abord au site PEC MAS ambulatoire, est admis après avoir été inscrit et commence le traitement. Ensuite il est référé vers la PEC MAS hospitalière (Réponse : à la PEC MAS ambulatoire il est classé comme 'nouvelle admission 6-59 mois' ET sorti 'référé', et à la PEC MAS hospitalière il est classé comme admission 'ancien cas'. L'enfant a été admis comme un nouveau cas avec MAS au site PEC MAS ambulatoire dont il est ensuite sorti, donc classé deux fois, une fois comme admission nouveau cas et une fois comme sorti référé, ce qui évite de le compter deux fois, puis il est admis comme ancien cas à la PEC MAS parce que son nouvel épisode de MAS a été compté en PEC MAS ambulatoire.)

Demandez aux participants s'ils peuvent réfléchir à d'autres données quantitatives qui pourraient être utiles de manière à les marquer sur ces fiches.
Demandez-leur où ils pourraient trouver cette information (fiches individuelles de suivi de la PEC MAS ambulatoire). Voici des réponses possibles :

- Le genre des nouvelles admissions
- Types d'admission
- Gain de poids moyen quotidien des guéris (par groupes d'émaciations et d'œdèmes bilatéraux)
- Durée de séjour en moyenne des guéris (par groupes d'émaciations et d'œdèmes bilatéraux)
- Réadmissions après la sortie ou rechute

Pratique : Remplir la fiche de pointage du site. Demandez aux participants de se reporter à l'**Exercice 8.1 (a)** Fiche de pointage pour la PEC MAS ambulatoire. Demandez-leur de marquer le nombre total des admissions et des sorties par semaine ainsi que le nombre d'enfants inscrits dans la PCMA à la fin de chaque semaine et au début de chaque semaine suivante. Alors qu'ils effectuent cette tâche, vérifiez leurs réponses avec les clés des réponses. A la fin, vérifiez les réponses en demandant aux participants de donner les résultats totaux. Répondez aux questions.

Exercice 8.1 (a) Fiche de pointage pour la PEC MAS ambulatoire (avec réponses)

OA.3

FICHE DE POINTAGE DE LA PCMA – PEC MAS

NOM DE LA STRUCTURE SANITAIRE	Centre de santé de Kawale				
DISTRICT					
SITE PEC MAS	Ambulatoire		Hospitalière		
Semaine	**Semaine 5**	**Semaine 6**	**Semaine 7**	**Semaine 8**	**TOTAL**
Date	01/02/08	08/02/08	15/02/08	22/02/08	
Nombre total au début de la semaine (A)	50	56	62	54	
Nouveaux cas Enfants 6-59 m avec œdèmes bilatéraux (B1a)	5	3	2	3	13
Nouveaux cas Enfants 6-59 m avec émaciation (B1b)	7	15	1	6	29
Nouveaux cas Autres : nourrissons, enfants ≥5 ans, adolescents, adultes (B2)	0	0	0	1	1
Anciens cas : Référés ou abandons revenants (C)	2	1	0	1	4
Nombre des admissions totales (D=B+C)	14	19	3	11	**47**
Guéris Enfants 6-59 mois (E1)	3	8	10	9	30
Décédés Enfants 6-59 mois (E2)	1	0	0	0	1
Abandons Enfants 6-59 mois (E3)	2	1	0	1	4
Non récupérés Enfants 6-59 mois (E4)	1	1	0	1	3
Référés vers la PEC MAS hospitalière ou ambulatoire (F)	1	3	1	2	7
Nombre total de sorties (E)	7	10	10	11	**38**
Nombre total de départs (G=E + F)	8	13	11	13	**45**
Nombre total fin de la semaine (H=A+D-G)	56	62	54	52	

Remarque : si le nombre de personnes dans autres groupes d'âge avec MAS est élevé, il est recommandé de rapporter séparément par groupe d'âge

Exposé participatif : Rapport mensuel du site PCMA par structure sanitaire. Expliquez aux participants que le rapport du site est rempli mensuellement en utilisant la fiche de pointage de la PCMA. Y sont notés les indicateurs de performance pour la proportion des enfants qui quittent le traitement comme guéris, décédés, abandons ou non récupérés, outre les nombres compilés du total des admissions, du total des sorties et du total en traitement.

> Remarque : Expliquez aux participants que le système de rapport mensuel repose sur des « semaines épidémiologiques » qui sont décidées au niveau national. Chaque mois a un nombre prédéfini de semaines (janvier : semaines 1-5 , février : semaines 6-9, mars : semaines 10-13). C'est important car le nombre de semaines varie en fonction du mois (4 ou 5 semaines) d'où le risque d'erreurs de calculs dans les rapports.

Demandez aux participants de se reporter au **Document 8.3 Système de suivi et rapports pour la PCMA** et demandez-leur de lire l'information pour préparer l'exercice suivant. Répondez brièvement aux questions.

Pratique : Remplir le rapport mensuel du site. Expliquez aux participants qu'ils vont saisir à présent l'information de la fiche de pointage sur le rapport du site dans **Exercice 8.1 (b) Rapport mensuel du site PEC MAS ambulatoire**. Demandez-leur de former des paires. Répondez aux questions. Pendant qu'ils travaillent, circulez parmi eux pour vérifier leurs réponses à l'exercice ci-après.

Exercice 8.1 (b) Rapport mensuel du site PEC MAS ambulatoire (avec réponses)

Site	Centre de santé de Kawale	**Partenaire d'exécution**	
Communauté		**Fait Par**	
District		**Mois / Année**	1-28 Février, 2008
Etat/Région		**Type de Prise en Charge**	*PEC MAS hospitalière* *PEC MAS ambulatoire*
ATPE distribué		**Population Cible Estimée Enfants 6-59 mois**	*(WFH <-3 Z-Score)* *(PB <115 Mm)* (Œdèmes)

TOTAL AU DÉBUT DU MOIS (A)	NOUVEAUX CAS (B)		ANCIENS CAS (C)	ADMISSIONS TOTALES (D)	SORTIES FIN DE TRAITEMENT ENFANTS 6-59 MOIS** (E)				RÉFÉRÉS (F)	TOTAL DÉPARTS (G)	TOTAL FIN DU MOIS (H)
	Enfants 6-59 M (B1)	**Autres (< 6 mois, enfants > 5 ans, adolescent, adultes)** (B2)	**Référés, revenus**	(B+C=D)	**Guéris** (E1)	**Décédés** (E2)	**Abandons** (E3)	**Non Récupérés** (E4)		(E+F=G)	(A+D-G=H)
50	42	1	4	47	30	1	4	3	38		45
				Enfants 6-59 Mois	78.9%	2.6%	10.5%	7.9%			
					E1/E*100	**E2/E*100**	**E3/E*100**	**E4/E*100**			
				CIBLES Normes Sphère	>75%	-	<15%				

E1: Sorti Guéri = Atteint les critères de sortie
E2: Sorti Décédé = Décédé en traitement
E3: Sorti Abandon = Absent pendant 3 visites consécutives en soins ambulatoires/2 jours en soins hospitaliers
E4: Sorti Non- Guéri = N'as pas atteint les critères de sortie après quatre mois dans les soins ambulatoires/après deux mois dans les soins hospitaliers.

GENRE NOUVELLES ADMISSION enfants 6-59 mois		
	Mâle	
	Femelle	

Pratique : Remplir la fiche de pointage à partir des fiches individuelles de suivi de la PEC MAS ambulatoire. Expliquez aux participants qu'ils vont s'exercer à compiler l'information pour la fiche de pointage à partir des fiches de suivi de la PEC MAS ambulatoire, et le rapport mensuel du site à partir de la fiche de pointage. Demandez aux participants de se reporter à l'**Exercice 8.2 Remplir la fiche de pointage pour la PCMA.** Demandez-leur de travailler en paires et de lire les instructions. Répondez aux questions et pendant qu'ils remplissent le formulaire pour le compte hebdomadaire et la fiche de rapport du site, circulez entre les groupes pour voir comment ils s'y prennent.

Vérifiez les réponses par rapport aux clés des réponses ci-après et répondez aux questions des participants. Indiquez aux participants que ces fiches peuvent prendre maintes formes et qu'il est essentiel de coordonner avec les systèmes de compte rendu utilisés dans le pays et dans le district dans lequel ils travaillent.

Exercice 8.2 Remplir la fiche de pointage du site PEC MAS ambulatoire (clés des réponses)

Première semaine

Vérifiez que la section "total au début de la semaine" est 0 pour la première semaine. Les participants ajouteront les trois cas (information figurant sur les fiches de suivi de la PEC MAS ambulatoire) dans la rangée Yirba. Dans la section sur les admissions, les cas de la PEC MAS ambulatoire 1,2 et 3 devraient être ajoutés dans la case « Nouveaux cas 6-59 mois ».

La fiche de pointage pour la première semaine est remplie comme suit : trois admissions PB, trois nouvelles admissions au total. Pas de sortie pour la première semaine.

Deuxième semaine

Dans semaine 2, la case "total dans la PEC MAS ambulatoire au début de la semaine » est mise à jour avec l'information de la première semaine (trois cas). Dans la section des admissions, le cas 4 de la PEC MAS ambulatoire devrait être ajouté à la case des œdèmes bilatéraux et à la section « référé vers la PEC MAS hospitalière » sous « sortie » car l'enfant a des œdèmes bilatéraux +++ et il a besoin de la PEC MAS hospitalière. L'enfant est entré et sorti du site de Yirba et, à présent, il est hospitalisé. Le cas 5 de la PEC MAS ambulatoire devra être ajouté à la case de la nouvelle admission « poids pour PB ou rapport P/T.

La fiche de pointage pour la deuxième semaine est remplie comme suit : trois cas dans la PEC MAS ambulatoire au début de la semaine, une admission pour œdèmes bilatéraux, une nouvelle admission rapport P/T, une sortie comme référence vers la PEC MAS hospitalière, deux admissions au total, une sortie comme référence et quatre au total dans la PEC MAS ambulatoire à la fin de la semaine.

Troisième semaine

Sur la fiche de pointage pour la troisième semaine, le total dans la PEC MAS ambulatoire au début de la semaine est de quatre. Dans la section des admissions, le cas 6 de la PEC MAS ambulatoire devrait être ajouté dans la case des œdèmes bilatéraux. Ce cas n'a pas besoin de PEC MAS hospitalière car l'enfant a des œdèmes bilatéraux ++ qui peuvent être traités dans la PEC MAS ambulatoire. Il y a également une admission PB (pas de fiche disponible).

La fiche de pointage pour la troisième semaine est remplie comme suit : quatre au total dans la PEC MAS ambulatoire au début de la semaine, une admission pour œdèmes bilatéraux, une admission pour le PB, deux admissions au total, pas de sortie, pas de sortie au total, total de six dans la PEC MAS ambulatoire à la fin de la semaine.

Quatrième semaine

Au début de la quatrième semaine, le total dans la PEC MAS ambulatoire devrait être six. Le cas des œdèmes bilatéraux degré +++ qui a été référé à la PEC MAS hospitalière retourne à la PEC MAS ambulatoire cette semaine et devrait être ajouté à l'admission comme un ancien cas dans la case «PEC MAS ambulatoire/hospitalière".

La fiche de pointage est remplie pour la quatrième semaine comme suit: Quatre nouvelles admissions: trois cas de PB et un cas rapport P/T. Le total dans la PEC MAS ambulatoire est de 11.

FICHE DE POINTAGE DU SITE PEC MAS AMBULATOIRE DE YIRBA (AVEC REPONSES)

NOM DE LA STRUCTURE SANITAIRE	Yirba Health Centre				
DISTRICT	Boricha				
SITE PEC MAS	Ambulatoire		Hospitalière		
Semaine	**Semaine 1**	**Semaine 2**	**Semaine 3**	**Semaine 4**	**TOTAL**
Date					
Nombre total au début de la semaine (A)	0	3	4	6	0
Nouveaux cas Enfants 6-59 m avec œdèmes bilatéraux (B1a)		1	1		
Nouveaux cas Enfants 6-59 m avec émaciation (B1b)	3		1	3	
Nouveaux cas Autres : nourrissons, enfants ≥5 ans, adolescents, adultes (B2)		1		1	
Anciens cas : Référés ou abandons revenants (C)				1	1
Nombre des admissions totales (D=B+C)	3	2	2	5	**12**
Guéris Enfants 6-59 mois (E1)					
Décédés Enfants 6-59 mois (E2)					
Abandons Enfants 6-59 mois (E3)					
Non récupérés Enfants 6-59 mois (E4)					
Référés vers la PEC MAS hospitalière ou ambulatoire (F)		1			1
Nombre total de sorties (E)	0	0	0	0	**0**
Nombre total de départs (G=E + F)	0	1	0	0	**1**
Nombre total fin de la semaine (H=A+D-G)	3	4	6	11	**11**

FORMATEUR

MODULE HUIT. LE SYSTÈME DE SUIVI ET DE RAPPORTS POUR LA PCMA

OA.3

Rapport mensuel du site PEC MAS ambulatoire (avec réponses)

Site	Yirba	**Partenaire d'exécution**	
Communauté		**Fait Par**	*MS* *Autre:*
District		**Mois / Année**	1-28 Février, 2008
Etat/Région		**Type de Prise en Charge**	*PEC MAS hospitalière* *PEC MAS ambulatoire*
ATPE distribué		**Population Cible Estimée Enfants 6-59 mois**	*(WFH <-3 Z-Score)* *(PB <115 Mm)* (Œdèmes)

TOTAL AU DÉBUT DU MOIS (A)	NOUVEAUX CAS (B)		ANCIENS CAS (C)	ADMISSIONS TOTALES (D)	SORTIES FIN DE TRAITEMENT ENFANTS 6-59 MOIS** (E)				RÉFÉRÉS (F)	TOTAL DÉPARTS (G)	TOTAL FIN DU MOIS (H)
	Enfants 6-59 M (B1)	**Autres (< 6 mois, enfants > 5 ans, adolescent, adultes)** (B2)	**Référés, revenus**	(B+C=D)	**Guéris** (E1)	**Décédés** (E2)	**Abandons** (E3)	**Non Récupérés** (E4)		(E+F=G)	(A+D-G=H)
0	9	2	1	12	0	0	0	0	0	1	1
				Enfants 6-59 Mois	% **E1/E*100**	% **E2/E*100**	% **E3/E*100**	% **E4/E*100**			
				CIBLES Normes Sphère	>75%	-	<15%				

E1: Sorti Guéri = Attient les critères de sortie s
E2: Sorti Décédé = Décédé en traitement
E3: Sorti Abandon = Absent pendant 3 visites consécutives en soins ambulatoires/2 jours en soins hospitaliers
E4: Sorti Non- Guéri = N'as pas atteint les critères de sortie après quatre mois dans les soins ambulatoires/après deux mois dans les soins hospitaliers.

GENRE NOUVELLES ADMISSION enfants 6-59 mois	
Mâle	
Femelle	

OBJECTIF D'APPRENTISSAGE 4 : Mesurer et discuter la performance et la couverture de la PCMA

OA.4

FORMATEUR : Reprenez le **Document 1.2 Terminologie pour la PCMA** et revoyez l'**Exercice 8.1 (b) Rapport mensuel du site PEC MAS ambulatoire**. Prenez connaissance du **Document 8.8 Indicateurs de la PCMA** et du **Document 8.9 Principes de la couverture**.

Travail par deux et discussions en groupes : Suivi de la performance de la PCMA. Expliquez aux participants que les fiches de pointage et le rapport mensuel du site avec les indicateurs récapitulés sur la performance sont des outils importants pour suivre les tendances sur un site donné. Ils donnent un aperçu de la performance et des tendances (si on compare avec les rapports d'auparavant) et soulèvent certaines questions qui auront besoin d'un examen ou d'un soutien.

Mettez les participants par deux et demandez-leur de se reporter à l'**Exercice 8.1 (b) Rapport mensuel du site PEC MAS ambulatoire.** Demandez aux participants de calculer les pourcentages de chaque catégorie de sortie. Expliquez que l'analyse des rapports mensuels du site dégage une information sur la performance de la PCMA pour la structure sanitaire en particulier et pour le district dans son ensemble. Les indicateurs de performance mettent à jour les domaines où un examen supplémentaire ou un soutien supplémentaire s'avère nécessaire. Ils peuvent montrer par exemple qu'il existe des taux d'abandon très élevés. Une fois au courant, on pourra trouver divers moyens de traiter le problème et de renforcer la PCMA.

Demandez aux paires de tirer les conclusions des données et discutez en plénière.

Indiquez aux participants que les normes Sphère ne s'appliquent pas toujours ou ne sont pas toujours réalistes pour la PCMA dans le cadre de soins de santé de routine. Par ailleurs, s'il n'existe pas d'autres moyens de comparaison, les normes Sphère peuvent être utilisées comme seuils de détermination de la performance et de la qualité des soins.

Brainstorming : Indicateurs pour la PCMA. Demandez aux participants, travaillant toujours en paires, de prendre cinq minutes pour faire une liste des indicateurs de performance et de l'effet (résultat) dans la PCMA. Rappelez aux participants le travail qu'ils ont fait pour formuler des cadres logiques dans le **Module Sept.** Demandez à une paire de partager certains de ces indicateurs et demandez aux autres groupes de donner des informations supplémentaires. Marquez les réponses sur la grande fiche.

Lecture et revue : Indicateurs de la PCMA. Demandez aux participants de se reporter au **Document 8.8 Indicateurs de la PCMA** et demandez-leur de le lire en silence. Lorsqu'ils ont terminé, demandez-leur s'ils ont des modifications à proposer pour les indicateurs identifiés ci-dessus.

Discussion en groupe : Efficacité ou performance de la PCMA. Demandez aux participants s'ils pensent que la PCMA est efficace. Demandez-leur si on peut juger qu'elle est efficace si seule la moitié des enfants qui ont besoin d'un traitement y ont effectivement accès. (Performance de la PCMA plus couverture déterminent l'efficacité du programme).

Exposé participatif : Couverture. Expliquez aux participants qu'il est important de déterminer le niveau de couverture pour voir si la PCMA atteint effectivement les enfants qui ont besoin d'un traitement. La couverture est l'un des indicateurs les plus importants montrant dans quelle mesure la PCMA répond aux besoins. En effet, la PCMA peut être de très bonne qualité, avec très peu de décès, de faibles taux d'abandon et des taux élevés de récupération. Mais si la PCMA n'atteint que 30% des enfants nécessitant un traitement, elle ne pourra pas être jugée réussi. Le but est d'arriver à une bonne qualité et à une bonne couverture.

Demandez aux participants de lire le **Document 8.9 Principes de la couverture.** En observant de près le graphique de la **Figure 1**, notez la corrélation directe entre le taux de couverture, le taux de guérison et le besoin satisfait. Rappelez aux participants qu'ils peuvent utiliser le **Document 8.9** comme référence dans leur propre travail.

La couverture est exprimée en tant que pourcentage. S'il y a 100 enfants avec malnutrition aiguë vivant dans la région desservie et si 70 d'entre eux sont pris en charge par la PCMA, alors la couverture est de 70%.

Demandez aux participants de se reporter au **Document 1.2 Terminologie de la PCMA** et de lire la définition du "ratio de couverture." Demandez-leur s'ils ont des questions.

Exposé participatif : Enquêtes sur la couverture. Expliquez que la couverture est généralement déterminée par une enquête de couverture. Une méthodologie d'enquête appelée échantillonnage systématique central (CSAS) est utilisée dans la PCMA. Pour de plus amples informations sur la méthodologie CSAS, demandez aux participants de se reporter à *Community-Based Therapeutic Care (CTC): A Field Manual.* D'autres méthodes d'échantillonnage sont en train d'être mises au point et sont discutées dans le rapport de l'*atelier international de 2008 sur l'intégration de la prise en charge à base communautaire de la malnutrition aiguë* http://www.fantaproject.org/downloads/pdfs/ENN_CMAM2008.pdf; demandez aux participants de se reporter à ce document pour de plus amples informations,

Les enquêtes de couverture peuvent révéler pourquoi les enfants ne viennent pas à la PCMA, pourquoi certains enfants risquent d'être exclus et quelles sont les éventuelles barrières qui entravent l'accès et la fréquentation. Par ailleurs, les enquêtes de couverture sont chères et demandent un personnel spécialement formé. Il faut des mécanismes simples pour juger les niveaux de couverture lorsque les enquêtes de couverture ne sont ni pratiques ni faisables et à cet effet, des méthodes simplifiées pour estimer la couverture sont en train d'être mises au point et essayées.

Des méthodes simples voire rudimentaires existent pour estimer la couverture en fonction du nombre d'enfants avec MAS attendus. D'autres méthodes utilisent le rapport entre le nombre d'enfants dépistés avec des méthodes de dépistage quasi exhaustives et le nombre d'enfants admis. Ce ne sont pas les indicateurs idéals mais ils n'en fournissent pas moins une certaine information utile lorsque l'enquête sur la couverture n'est pas possible. Demandez aux participants de se reporter au **Document 1.2** et de lire la définition de la «couverture». Demandez-leur s'ils ont des questions.

OBJECTIF D'APPRENTISSAGE 5 : Évaluer et chercher à éliminer les barrières à l'accès et à la fréquentation

OA.5

FORMATEUR : Prenez connaissance du **Document 8.10 Evaluer les barrières à l'accès et à la fréquentation** et de **l'Exercice 8.3 Jeu de rôle sur la réunion communautaire.**

Discussion en groupe : Barrières à l'accès et à la fréquentation. Demandez aux participants quelles pourraient être les raisons possibles, à leur avis, d'une couverture insuffisante. Discutez des barrières à l'accès et à la fréquentation de la PCMA et rappelez aux participants le travail qu'ils ont fait dans le bilan communautaire du Module trois. Revoyez si nécessaire.

Demandez aux participants de lire le **Document 8.10 Evaluer les barrières à l'accès et à la fréquentation;** et répondez aux questions.

Jeu de rôles : Engager la communauté. Présentez l'exercice aux participants en lisant à voix haute l'introduction suivante :

Le rapport mensuel du site PEC MAS ambulatoire de la structure sanitaire 22 (district de Wambala) indique un taux d'abandon élevé (20%) et un taux de décès élevé (12%). Le personnel de santé sur le site PEC MAS ambulatoire est très préoccupé par ces chiffres. Il sait également qu'un grand nombre de mères ou accompagnant(e)s des enfants référés vers la PEC MAS à l'hôpital de district refusent de s'y rendre et, à leur avis, la cause des taux élevés d'abandon et de décès est directement liée à ce refus. L'infirmière demande à l'agent de santé communautaire (ASC) d'organiser une discussion communautaire pour déterminer ce qui passe et trouver une solution à ce problème.

Demandez neuf volontaires et distribuez les rôles suivants : infirmière ou infirmier de la PEC MAS ambulatoire, un ASC, un bénévole participant à l'extension communautaire pour la PCMA, deux mères, un père, une grand-mère avec des petits enfants traités dans la PEC MAS ambulatoire, un dirigeant traditionnel et un guérisseur. L'**Exercice 8.3 Jeu de rôle sur la réunion communautaire** (ci-après) décrit ces rôles. Donnez à chaque volontaire une fiche décrivant son rôle (préparée à l'avance) et demandez-leur de commencer la « réunion communautaire. » Dites-leur également que les rôles peuvent être adaptés et qu'ils peuvent aussi improviser.

Au bout de 20 minutes, demandez aux participants comment ils vont utiliser ce qu'ils ont appris de la réunion communautaire pour faire des changements aux soins de la PCMA. Demandez-leur de se reporter à l'**Exercice 8.3 Clés des réponses** à la fin de cet objectif d'apprentissage pour guider la discussion.

OA.5

Exercice 8.3 Jeux de rôles sur la réunion communautaire

Infirmier ou infirmière de la PEC MAS ambulatoire : Vous êtes une infirmière ou un infirmier qui dispense de la PEC MAS ambulatoire et vous demandez aux ASC de trouver les raisons à l'origine des taux élevés d'abandon et de décès. Vous revoyez également les fiches de suivi de la PEC MAS ambulatoire et les rapports mensuels pour trouver les causes de cette performance insuffisante.

ASC : Vous remarquez que les gens dans votre communauté refusent de se rendre à l'hôpital pour plusieurs raisons. Ils n'aiment pas l'hôpital, ils craignent de devoir payer pour les soins, ils n'ont pas de moyens de transport et ne peuvent pas couvrir les frais ou encore ils ne veulent pas laisser seuls leurs autres enfants. Leur refus de se rendre à l'hôpital est la raison pour laquelle plusieurs enfants sont décédés.

Bénévole communautaire : Vous êtes un bénévole très actif. Nombreux sont les enfants qui abandonnent car cette partie du district est la plus éloignée du site PEC MAS ambulatoire. Vous pensez qu'il faut un site PEC MAS ambulatoire qui soit plus proche de votre village ou, une autre solution pourrait être que les gens de chez vous puissent se rendre au site existant toutes les deux semaines au lieu de chaque semaine. Vu qu'il n'existe pas d'autres structures sanitaires dans votre aire, vous vous demandez s'il ne serait pas possible que l'infirmière ou l'infirmier utilise la moto du centre de santé pour venir faire les consultations et apporter l'ATPE directement chez vous. Il existe d'autres problèmes au niveau des références utilisant les œdèmes bilatéraux ou le bracelet PB. Parfois vous envoyez un enfant au site PEC MAS ambulatoire parce qu'il a des œdèmes bilatéraux ou parce que le bracelet PB est sur le rouge mais l'infirmière prend une autre décision et renvoie l'enfant et la mère à la maison. A votre avis, les bénévoles ont besoin de plus de formation pour éviter ces différences/écarts de dépistage et vous pensez que si un bénévole réfère une mère et son enfant vers la PCMA, l'enfant devrait être admis.

Mère 1 : Vous savez qu'il y a des enfants malnutris de votre voisinage qui se sont rétablis à la PCMA. Votre fils a les pieds et mains gonflés. Vous l'avez amené au centre de santé et vous avez reçu la pâte d'arachide et les médicaments. Vous partagez la pâte d'arachide avec vos autres six enfants car c'est la saison de soudure et il n'y a pas grand-chose à manger à la maison. Votre fils malade a mangé du maïs et aussi de la pâte d'arachide mais, le maïs n'est pas très bon car il est stocké depuis trop longtemps. Après trois semaines, votre fils est devenu très enflé de partout et quand vous vous êtes rendue à la PEC MAS ambulatoire, l'infirmière vous a dit d'aller à l'hôpital avec votre enfant car il est très malade. L'hôpital est très loin et tous ceux que vous connaissez qui y sont allés sont morts. L'hôpital coûte cher et vous n'avez pas de moyen de transport. Vous voulez que votre fils récupère à la PEC MAS ambulatoire mais pas à l'hôpital et vous ne comprenez pas pourquoi l'infirmière insiste pour l'hospitaliser. La semaine dernière, vous n'avez pas amené votre fils au site PEC MAS ambulatoire car vous ne vouliez pas qu'elle vous dise à nouveau qu'il vous faut aller à l'hôpital. L'état de votre enfant a empiré.

Mère 2 : Vous avez été référée vers la PCMA par le bénévole communautaire. Il a mesuré le bras de votre fille avec un mètre et il a pressé son pouce sur ses pieds. Il a dit que son pied était gonflé et que vous deviez aller avec elle au site PEC MAS ambulatoire. Une fois arrivée là-bas, l'infirmière a pris encore une fois les mesures et a observé à nouveau ses pieds. Elle vous a dit qu'il n'y avait pas lieu de s'inquiéter et que votre fille n'avait pas besoin d'être admise à la PCMA. Cela vous a mis en colère et vous avez dit à qui veut bien l'entendre que ce n'est vraiment pas la peine de se rendre dans ce type de soins. Vous connaissez toutes les mères de votre village.

Père : Vos jumeaux se trouvent tous les deux dans la PEC MAS ambulatoire. Seulement l'un est malade, l'autre va bien mais tous les deux reçoivent l'aliment spécial. Celui qui est malade a pris les médicaments donnés et il va mieux maintenant. Vous vivez loin du site PEC MAS ambulatoire et votre femme doit porter les deux bébés sur son dos quand elle s'y

rend. Cela fait trois semaines qu'elle n'est pas allée au site à cause de la distance. Un bénévole communautaire est venu vous rendre visite et vous a dit qu'il était très important que votre femme revienne au centre avec les enfants. Votre femme y est allée la semaine d'après et votre enfant malnutri continue à bien se remettre. Vous connaissez d'autres gens dans votre environnement qui ne se rendent pas à ce site chaque semaine car c'est trop loin. Un enfant dans votre village est mort car il est tombé soudainement très malade et sa famille n'a pas pu l'amener à temps au centre de santé. Vous vous demandez s'il ne serait pas possible d'y aller toutes les deux semaines au lieu de chaque semaine. Vous êtes très satisfait par les soins et vous avez dit à tous les hommes de votre village d'envoyer leurs épouses et leurs enfants sur le site PEC MAS ambulatoire si le bénévole les a mesurés et vous conseillez d'y aller pour faire traiter les enfants identifiés comme malnutris.

Grand-mère : Votre fille est décédée et vous avez ses quatre enfants à votre charge, dont un bébé de quatre mois. Le bébé est très malade et maigre. Vous avez essayé de lui donner du lait de vache dilué avec de l'eau mais son état s'aggrave. Il est de plus en plus malade. Vous avez emmené le bébé au centre de santé et l'infirmière vous a dit que le bébé était déshydraté et trop maigre et qu'il avait besoin de soins spéciaux à l'hôpital. Vous ne pouvez pas aller à l'hôpital et vous ne pouvez pas non plus y rester car qui s'occupera des autres enfants à la maison ? Vous êtes trop vieille pour marcher aussi loin. Deux jours plus tard, le bébé meurt.

Aîné communautaire : Vous aimez bien la PCMA. Vous vous rappelez les temps difficiles il y a trois ans lorsqu'ils sont venus et qu'ils ont installé des tentes et que tous les enfants gonflés et maigres devaient s'y rendre. Un grand nombre n'y est pas allé et beaucoup d'entre eux sont morts. A présent, les mères ou les accompagnant(e)s des enfants amènent leurs enfants au site PEC MAS ambulatoire du centre de santé le plus proche et obtiennent le traitement nécessaire. Tout est bon maintenant. Vous avez écouté ce que d'autres vous ont dit à propos des difficultés pour se rendre à l'hôpital pour la prise en charge des cas les plus graves. Et vous proposez donc que le comité de gestion de santé mette en place un fonds pour aider à organiser et payer les moyens de transport pour que les mères et les enfants qui en ont besoin puissent se rendre à l'hôpital.

Guérisseur : Au début, la PCMA ne vous disait rien de bon et vous vous demandiez ce que pouvait bien être cette étrange pâte d'arachides. Généralement, les mères et les pères viennent d'abord vous voir avec les enfants et ils ne se rendent au centre de santé qu'en dernier recours. Vous avez votre propre traitement pour les enfants maigres et gonflés. Toutefois, vous avez vu combien les enfants récupéraient bien lorsqu'ils vont au centre de santé pour la PCMA. L'ASC a pris le temps de vous expliquer comment fonctionne la PCMA et les bénévoles communautaires vous ont montré du respect. L'ASC vous a donné un bracelet PB et vous a expliqué comment mesurer le périmètre brachial et comment identifier les œdèmes bilatéraux qui sont d'origine nutritionnelle. Il vous a demandé d'aider à envoyer les enfants maigres ou gonflés à la PCMA. Vous êtes d'accord avec l'aîné communautaire. Vous pensez que le comité de gestion de santé du village -dans lequel vous jouez un rôle important- devrait discuter de ce fonds de transport. Effectivement, c'est important de créer un tel fonds. Vous pensez également que les gens qui habitent loin ne devraient avoir à se rendre au site PEC MAS ambulatoire que toutes les deux semaines et que les bénévoles devraient les envoyer au centre de santé en cas de problème entre les séances.

OA.5

Exercice 8.3 Clés des réponses

Changements possibles dans les services de soins d'après des discussions en groupe avec les membres communautaires :

Communications

- Faire plus d'efforts pour expliquer que l'admission à la PCMA ne veut pas forcément dire que la mère et l'enfant vont être référés vers l'hôpital -car dans cette communauté c'est ce que les gens craignent le plus et ainsi que le coût. Ne pas oublier de préciser que la PEC MAS ambulatoire est gratuite et est disponible pour les enfants malnutris et que seulement les enfants très malades ont besoin d'être hospitalisés.
- Vérifier que les bénévoles qui font les recherches de cas font bien attention à expliquer qu'une fois l'état médical de l'enfant évalué sur le site PEC MAS ambulatoire, il devrait peut-être être référé vers la PEC MAS hospitalière si son état s'aggrave. La plupart des enfants seront traités dans la PEC MAS ambulatoire.
- Répétez encore une fois que l'ATPE ne doit pas être partagé. Un enfant qui mange tout l'ATPE prend du poids et risque moins de tomber malade et de devoir aller à l'hôpital.

Procédures

- Pour réduire le nombre de références refusées, aligner la référence et l'admission sur les critères d'admission basés sur le PB, si ce n'est pas déjà fait.
- Dans le court terme, permettez aux gens qui viennent des villages éloignés de venir deux fois par mois aux séances de suivi de la PEC MAS ambulatoire et donnez-leur deux semaines de rations de l'ATPE.
- Ensuite envisagez d'ouvrir plus de sites PEC MAS ambulatoire auxquels tout le monde peut avoir accès.
- Donnez à nouveau aux bénévoles une formation sur les contrôles des œdèmes bilatéraux et la mesure du PB pour vérifier l'exactitude et la pertinence des références. Songez également à introduire une fiche de référence mentionnant qui est le bénévole qui a référé l'enfant pour mieux connaître la source des références inappropriées.
- Mettre en place des procédures de visite de suivi à domicile pour les cas à risque pour s'assurer que les enfants qui ne viennent pas à une séance de suivi au site PEC MAS reçoivent une visite de suivi à domicile et pour encourager les familles à revenir à la PCMA.
- Permettre à l'infirmière de la PEC MAS ambulatoire de garder les enfants avec complications médicales mais avec appétit à la PEC MAS ambulatoire si, après avoir expliqué clairement les risques à la mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant, celle-ci refuse encore de se rendre à l'hôpital.
- Utiliser les comités de gestion de santé villageois pour établir un contact avec des guérisseurs pour discuter de la PCMA avec eux, écouter ce qu'ils ont à dire, ce qui les préoccupe et les encourager à suivre une formation pour apprendre quels sont les cas de MAS qu'il faut référer.
- Encourager les comités de gestion de santé villageois à suivre la recommandation et à mettre en place un fonds pour couvrir les coûts liés aux références entre la PEC MAS ambulatoire et la PEC MAS hospitalière (frais de transport). Utiliser l'**exercice 8.3** comme exemple d'une résolution de problèmes au niveau local, dans le cadre de discussions avec d'autres sites et villages.

OBJECTIF D'APPRENTISSAGE 6 : Expliquer le but du soutien et de la supervision

OA.6

FORMATEUR : Prenez connaissance du **Document 8.11 Soutien et supervision pour la PCMA**, **Document 8.12 Grille de soutien et de supervision de la PEC MAS ambulatoire**, **Document 8.13 Grille de soutien et de supervision de l'extension communautaire** et **Exercice 8.4 Analyse des rapports de trois sites PEC MAS ambulatoire et un site PEC MAS hospitalière**.

Groupes de travail : Définir les responsabilités du soutien et de la supervision. Formez des groupes de travail de cinq participants. Demandez aux groupes de :

1. Définir les termes "soutien' et 'supervision"
2. Indiquer les responsabilités d'un superviseur (ou d'une équipe de supervision)
3. Déterminer qui devrait être responsable pour la supervision de la PCMA dans leurs districts
4. Décrire comment sont faites généralement les visites de supervision dans leurs districts et comment la PCMA entre dans leur système de supervision de routine

Demandez à un groupe de partager ses réponses en plénière. Les autres groupes apportent uniquement l'information complémentaire. Demandez aux participants de se reporter au **Document 8.11 Soutien et supervision pour la PCMA** et dites-leur de le lire en silence et de discuter dans leur groupe du type d'information supplémentaire qu'ils ajouteraient à la discussion précédente. Discutez de cette information en plénière. Faites remarquer que le soutien et la supervision ne se limitent pas à l'évaluation de la performance mais que c'est également une bonne occasion d'encadrer et d'apporter un soutien technique au personnel.

Discussion en groupe : Grille de soutien et de supervision. En plénière, demandez aux participants quelle serait l'information, à leur avis, qui devrait figurer sur une grille de soutien et de supervision de la PEC MAS ambulatoire. Rappelez-leur, sujet par sujet de réfléchir aux différentes procédures : composition du personnel, admission, soins thérapeutiques médicaux et nutritionnels, suivi des absents et abandons, contrôle des stocks et procédure de sortie. Demandez aux participants de se reporter au **Document 8.12 Grille de soutien et de supervision de la PEC MAS ambulatoire** et au **Document 8.13 Grille de soutien et de supervision de l'extension communautaire**.

Groupes de travail : Analyse des rapports de site consolidés. Les participants se trouvent toujours dans les mêmes groupes de travail. Distribuez-leur l'**Exercice 8.4 Analyse des rapports de trois sites PEC MAS ambulatoire et d'un site PEC MAS hospitalière** et demandez-les de discuter des rapports dans leur groupe de travail. En utilisant les rapports mensuels du site et les rapports mensuels consolidés, demandez aux participants de réfléchir aux conclusions auxquelles ils peuvent arriver à propos du site, de la performance et de la couverture et aux informations de suivi dont ils auront besoin pour prendre les décisions appropriées. Vous pouvez leur suggérer de comparer le nombre de cas, les critères d'admission, les modes d'admission et de référence et les raisons et taux de sortie d'un site à l'autre. Vous pouvez leur donner un exemple de l'exercice **8.4 Clés de discussion,** ci-après. Suivez le travail de chaque groupe, en animant la discussion si nécessaire, en leur présentant d'autres conclusions pour déterminer les aspects ou questions qu'il faut traiter. Lorsque les groupes ont eu le temps de discuter, demandez à un groupe de partager en plénière sa conclusion et d'indiquer

l'information supplémentaire qui est nécessaire. Demandez à un autre groupe de présenter une conclusion supplémentaire, etc.

Indiquez aux participants que les taux de sortie spécifique à la PEC MAS hospitalière ne sont pas calculés. Les enfants dont l'état s'améliore sont référés vers la PEC MAS ambulatoire pour continuer le traitement. Ces taux de sortie spécifiques n'indiqueraient pas un problème au niveau de la qualité des soins car ils n'incluent QUE les enfants avec MAS qui ont des complications médicales. C'est une des raisons pour lesquelles il faut évaluer la qualité de la PCMA dans son entier, en combinant l'information aussi bien de la PEC MAS hospitalière que de la PEC MAS ambulatoire, telle qu'elle est présentée dans le rapport mensuel consolidé.

Exercice 8.4 Analyse des rapports de trois sites PEC MAS ambulatoire et d'un site PEC MAS hospitalière (clés de discussion)

Conclusions tirées des rapports	**Questions à poser ou exemples des explications possibles**
1. Le site B a plus de patients que les autres centres.	1. Est-ce normal ? Est-ce qu'il couvre une région avec un grand nombre d'habitants ou une zone très vaste ? Quelles sont les distances à parcourir pour se rendre au site ? Ce site est-il gérable ? Est-ce qu'un second site pourrait être ouvert avec les ressources existantes ?
2. Au site C plus de la moitié des admissions sont pour des œdèmes bilatéraux.	2. Est-ce normal? Est-ce que les autres centres négligent ce diagnostic ? Ou au contraire, ce site fait-il un diagnostic excessif des œdèmes bilatéraux ? Ce centre se situe-t-il dans une région où l'économie alimentaire est différente ? La même observation a-t-elle été faite lors des mois précédents ou par d'autres enquêtes ?
3. Sur les 246 nouvelles admissions, 227 ont été admis directement dans la PEC MAS ambulatoire (92,3%) et 19 dans la PEC MAS hospitalière (7,7%).	3. Cela pourrait être un indicateur de l'efficacité du "dépistage précoce" et partant de la qualité de la mobilisation communautaire. Cela pourrait également indiquer que les enfants dont l'état est grave sont cachés à la maison et ne sont pas atteints.
4. Le site A ne réfère pas les patients vers la PEC MAS hospitalière.	4. Cela pourrait signifier qu'aucun cas ne nécessite un transfert, bien qu'il faille le vérifier par voie de supervision.
5. Les taux de décès et non guéris dans le site A sont très élevés pour de la PEC MAS ambulatoire.	5. Cela soulève des questions quant à la qualité de l'évaluation des cas dans ce site et à l'application des protocoles de traitement et d'action.
6. Le taux d'abandon au site B est très élevé et demande qu'on en détermine les raisons.	6. Peut-être que les mères ou les accompagnant(e)s des enfants ne reviennent pas car elles jugent que le temps d'attente est trop long ou que les distances à parcourir sont trop longues. Une visite au

	site s'avère nécessaire pour en déterminer les raisons.
7. Le taux des guéris au site C est bon mais le taux des non guéris soulève des questions.	7. Est-ce que c'est relié au nombre de cas avec des œdèmes bilatéraux, noté ci-dessus ? Peut-on enquêter sur cette situation ?
8. Dans l'ensemble, 211 enfants ont quitté la PEC MAS ambulatoire pendant ce mois, 200 parce qu'ils avaient terminé le traitement. Par contre, 11 ont été référés à nouveau vers la PEC MAS hospitalière, ce qui veut dire que l'état de 5,5% des enfants traités en PEC MAS ambulatoire s'est aggravé.	8. Pourquoi l'état des enfants s'aggrave-t-il dans la PEC MAS ambulatoire ? Suit-on les protocoles concernant les médicaments et l'ATPE ? Quels sont les messages d'éducation sanitaire et nutritionnelle communiqués aux mères ? Existe-t-il d'autres problèmes de santé sous-jacents qu'il faudrait traiter ?
9. 17 enfants ont été référés de la PEC MAS hospitalière vers la PEC MAS ambulatoire, et pourtant les sites PEC MAS ambulatoire n'ont admis que 14 enfants venant de la PEC MAS hospitalière. A noter que 11 patients ont été référés de la PEC MAS ambulatoire vers la PEC MAS hospitalière et que 11 admissions ont été enregistrées dans le rapport du site PEC MAS hospitalière comme étant référées de la part du site PEC MAS ambulatoire.	9. La différence entre les références venant de la PEC MAS hospitalière et les admissions à la PEC MAS ambulatoire pourrait être due à des problèmes dans le système d'inscription ou au fait que certains enfants référés ne se sont pas rendus au site PEC MAS ambulatoire. Cette observation demande que soit faite une supervision plus étroite du système d'inscription et de référence (par exemple, de l'utilisation des fiches de référence, des moyens de transport disponibles et des explications données à la mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant au moment de la référence). A noter que les enfants qui ont été référés ont quitté le site où ils ont étés traités et celui où ils ont été référés mais ils n'ont pas quitté la PCMA. Le nombre compilé de cas en traitement dans le district est de 209, comptant 9 cas en moins que la somme dans le rapport individuel. Cette différence est due aux référés qui manquent et/ou sont en transit entre deux sites.

Remarque : Les taux de sortie ne sont pas calculés pour la PEC MAS hospitalière. Les enfants dont l'état s'améliore sont orientés vers la PEC MAS ambulatoire où ils continueront leur traitement jusqu'à leur guérison.

OBJECTIF D'APPRENTISSAGE 7 : Préparer le rapport minimal de synthèse de la PCMA

OA.7

FORMATEUR : Prenez connaissance du **Document 8.14 Directives pour les rapports minimaux de la PCMA**.

Groupes de travail : Discutez du rapport minimal qu'il faut préparer pour la PCMA et préparez l'ébauche. Formez des groupes de travail de cinq participants. Demandez aux groupes de :

1. Discutez des besoins et utilisations d'un rapport minimal de la PCMA :

   -Qui a besoin de ce rapport et qui l'utilise et à quelles fins ?

   - Qu'est-ce qu'on rapporte ?

   -Qui prépare le rapport ?

2. Préparez l'ébauche d'un rapport pour la PCMA et discutez des outils de suivi existants et comment ils apportent l'information nécessaire pour établir le rapport

Demandez à un groupe de partager son travail en plénière et aux autres groupes d'ajouter uniquement l'information complémentaire. Demandez aux participants de se reporter au **Document 8.14 Directives pour les rapports minimaux de la PCMA** et de lire en silence puis de discuter dans leurs groupes de l'information qu'ils devraient ajouter à leur ébauche.

ACTIVITÉ FACULTATIVE

Formation externe : Créer et utiliser une base de données électronique. Au niveau du district, coordonnez une séance de formation spéciale sur la manière de mettre en place un système de suivi de la PCMA en utilisant une base de données électronique sous Excel. Si c'est possible, vérifiez qu'il existe suffisamment d'ordinateurs pour que les participants puissent travailler en paires. Lisez la **Référence supplémentaire 8.1 Créer une base de données de la PCMA (sous Excel 2003)** et demandez aux participants de revoir cette référence avant l'activité. Apportez des copies des fiches de pointage, des rapports mensuels des sites et des listes des noms des sites PEC MAS ambulatoire et PEC MAS hospitalière (avec noms et situations des structures sanitaires) ; Distribuez aux participants. En utilisant la **Référence supplémentaire 8.1,** expliquez étape par étape le contenu et le fonctionnement du logiciel.

SYNTHÈSE ET ÉVALUATION DU MODULE

Méthode proposée : Revoir les objectifs d'apprentissage et remplir la fiche d'évaluation.

Revoir les objectifs d'apprentissage du module.

Dans ce module, vous avez :

- Décrit les principes du suivi et du compte rendu de la PCMA
- Décrit comment l'enfant pris individuellement est suivi dans la PCMA
- Remplit les formulaires du compte hebdomadaire et les fiches de site et de district et interprété les résultats
- Mesuré et discuté la performance et la couverture de la PCMA
- Contrôlé les barrières à l'accès et à la fréquentation de la PCMA et trouvé des solutions pour les supprimer
- Expliqué le but du soutien et de la supervision de la PCMA
- Préparé le rapport minimal de synthèse de la PCMA

Demandez s'ils ont des questions ou du feedback à propos de ce module.

Posez les questions de revue suivantes:

- Comment les enfants pris individuellement sont-ils suivis dans la PCMA ?
- Quelle est l'information recueillie sur les formulaires du compte hebdomadaire et les rapports de district ?
- Quels sont les indicateurs utilisés pour déterminer la performance de la PCMA ?
- Quels sont les rôles et les responsabilités des superviseurs dans la PEC MAS ambulatoire ?
- Discutez et clarifiez.
- Rappelez aux participants qu'ils auront l'occasion d'observer les procédures et d'en discuter avec le personnel lors de la visite sur le terrain.
- Demandez aux participants de remplir la fiche d'évaluation du module.

LE SUIVI ET LES RAPPORTS DE LA PCMA: PRATIQUE SUR LE TERRAIN de la PEC MAS AMBULATOIRE

VUE D'ENSEMBLE

- Un maximum de cinq participants se rendra à chaque site de PEC MAS ambulatoire un jour donné. Coordonnez avec autant de sites que possibles pour garder à un maximum de cinq le nombre de participants.
- Cette visite devrait être faite lors des derniers jours de la formation, après avoir observé et pratiqué les activités de la PEC MAS ambulatoire dans un site. Les participants doivent être au courant de tous les aspects liés à la PEC MAS ambulatoire.
- La grille de soutien et de supervision est longue et elle peut être répartie en plusieurs sections, permettant ainsi aux participants de « superviser » les différentes activités pendant la PEC MAS ambulatoire.
- Quelqu'un qui parle la langue locale travaillera en paires avec les participants.

Objectifs d'apprentissage	Documents à apporter pour la pratique de la PEC MAS ambulatoire
1. Observer et aider l'équipe de la PEC MAS ambulatoire à remplir les fiches de pointage à partir des fiches de suivi de la PEC MAS ambulatoire	• Document 8.3 Système de suivi et rapports pour la PCMA • Document 8.8 Indicateurs de la PCMA • Document 8.12 Grille de soutien et de supervision de la PEC MAS ambulatoire
2. Revoir une fiche de pointage et les rapports mensuels du site du mois précédent et discuter avec le personnel de l'utilisation et de l'interprétation des données	
3. Revoir le système pour noter la distribution et les niveaux de stock de l'ATPE	

PRÉPARATION POUR LA PRATIQUE SUR LE TERRAIN DE LA PEC MAS AMBULATOIRE

- Revoyez et discutez des procédures et les étapes que les participants réaliseront sur les sites PEC MAS ambulatoire :

  - Observer et aider l'équipe de la PEC MAS ambulatoire à remplir la fiche de pointage à partir des fiches de suivi de la PEC MAS ambulatoire
  - Calculer le nombre d'enfants inscrit à la PCMA et vérifier ce chiffre en consultant les fiches de suivi
  - Revoir une fiche de pointage remplie et le rapport mensuel du site du mois précédent, et discuter de ce qu'ils vous apprennent à propos de la qualité de la PCMA (taux de guérisons, d'abandons, de décès, quelque chose de surprenant ?)

- Apportez des copies du **Document 8.12 Grille de soutien et de supervision de la PEC MAS ambulatoire** dans le cas où le site n'en a pas pour que les participants puissent les remplir.

OBJECTIF D'APPRENTISSAGE 1 DE LA PRATIQUE SUR LE TERRAIN :
Observer et aider l'équipe de la PEC MAS ambulatoire à remplir les fiches de pointage à partir des fiches individuelles de suivi de la PEC MAS ambulatoire

Activité pratique sur le site: Aider le personnel du site à remplir les fiches de pointage.

Activités facultative, si le temps le permet : revoir un échantillon des fiches de suivi de la PEC MAS ambulatoire

- Revoyez des échantillons de fiches de suivi de la PEC MAS ambulatoire et notez les profils des enfants dans le service:
  - Est-ce que la plupart des cas sont admis pour des œdèmes bilatéraux ou un faible PB ?
  - Quels sont les âges des enfants dans la PCMA ?
  - Beaucoup d'entre eux sont-ils des abandons qui reviennent ou des rechutes ?
  - Un grand nombre d'enfants vient-il de la PEC MAS hospitalière ?
  - Un grand nombre d'enfants est-il référé vers la PEC MAS hospitalière ?
  - Un grand nombre d'enfants a-t-il besoin de visites de suivi à domicile ?
  - Comment sont notées les visites de suivi à domicile sur la fiche de suivi de la PEC MAS ambulatoire ?

OBJECTIF D'APPRENTISSAGE 2 DE LA PRATIQUE SUR LE TERRAIN :
Revoir une fiche de pointage et les rapports mensuels du site du mois précédent et discuter l'utilisation et l'interprétation des données

Revue pratique sur le site: Revoir les fiches de pointage et discuter des sorties et des abandons avec les agents de sante

- Avec le personnel du site PEC MAS ambulatoire, revoyez la fiche de pointage et le rapport mensuel du site du mois précédent.
- Discutez des cas de sortie (fins de traitement) : guéris, décédés, abandons, non récupérés.
- Discutez avec le personnel de la structure sanitaire :
  - Quelle est la réponse de la PCMA aux taux guère satisfaisants de guérison, de décès et d'abandon ?
  - Quelle est la procédure pour notifier les visites de suivi à domicile pour les enfants à risque?
  - Quel est le système ou quelle est la procédure pour revoir/examiner les cas des enfants

qui sont décédés le mois en question ?

- Quels sont les problèmes ou les obstacles au niveau des références et du suivi des individus entre les sites?

OBJECTIF D'APPRENTISSAGE 3 DE LA PRATIQUE SUR LE TERRAIN :
Revoir le système pour noter la distribution et les niveaux de stock de L'ATPE (et quand/comment s'approvisionner)

Revue pratique sur le site: Revoir avec le personnel le système de compte rendu de l'ATPE distribué, en stock et commandé

- Avec le personnel, revoyez l'ATPE : distribution, état du stock et achat ou approvisionnement.
- Passez en revue la grille de soutien et de supervision en petits groupes.
- Remplissez les différentes parties de la grille de soutien et de supervision en fonction des activités observées en ce qui concerne la gestion des fournitures sur le site de la PEC MAS ambulatoire.

Session de feedback après la pratique sur le terrain

Après une pratique sur le terrain, réalisez une séance de feedback donnant aux participants l'occasion de :

- Donner du feedback sur les points forts observés dans chaque structure sanitaire
- Demander des clarifications aux animateurs
- Identifier les principales lacunes demandant plus de pratique ou de temps d'observation ou de pratique supplémentaire en salle de classe pour les formulaires, les calculs, etc.
- Discuter de la manière dont on peut encadrer le personnel pour améliorer la performance

MODULE HUIT

LES DOCUMENTS POUR LE SYSTÈME DE SUIVI ET DE RAPPORTS POUR LA PCMA

Objectifs d'apprentissage	Documents à distribuer et exercices
1. Décrire les principes d'un système de suivi et rapports pour la PCMA	
2. Décrire comment l'enfant est suivi individuellement dans la PCMA	• Document 8.1 Suivi individuel du traitement de l'enfant dans le cadre de la PCMA • Document 8.2 Système de numérotation à l'inscription à la PCMA • Document 8.3 Système de suivi et rapports pour la PCMA • Document 8.4 Critères d'admission et catégories d'entrée pour la PCMA • Document 8.5 Critères de fin de traitement et catégories de sortie pour la PCMA • Document 8.6 Système de classement pour les fiches individuelles de suivi de la PEC MAS ambulatoire
3. Remplir la fiche de pointage et les rapports mensuels du site et du district de la PCMA; interpréter les résultats	• Document 8.3 Système de suivi et rapports pour la PCMA • Document 8.4 Critères d'admission et catégories d'entrée pour la PCMA • Document 8.5 Critères de fin de traitement et catégories de sortie pour la PCMA • Document 8.7 Fiche de pointage de la PCMA • Document 8.8 Rapport mensuel du site de la PCMA • Document 8.9 Rapport mensuel de la PCMA du district • Exercice 8.1 (a) Fiche de pointage pour la PEC MAS ambulatoire • Exercice 8.2 Remplir la fiche de pointage du site PEC MAS ambulatoire
4. Mesurer et discuter la performance et la couverture de la PCMA	• Document 1.2 Terminologie pour la PCMA • Document 8.10 Indicateurs de la PCMA • Document 8.11 Principes de la couverture • Exercice 8.1 (b) Rapport mensuel du site PEC MAS ambulatoire

5. Evaluer et chercher à éliminer les barrières à l'accès et la fréquentation de la PCMA	• Document 8.12 Evaluer les barrières à l'accès et à la fréquentation de la PCMA • Exercice 8.3 Jeu de rôle sur la réunion communautaire
6. Expliquer le but du soutien et de la supervision	• Document 8.13 Soutien et supervision pour la PCMA • Document 8.14 Grille de soutien et de supervision de la PEC MAS ambulatoire • Document 8.15 Grille de soutien et de supervision de l'extension communautaire • Exercice 8.4 Analyse des rapports de trois sites PEC MAS ambulatoire et d'un site PEC MAS hospitalière
7. Préparer le rapport minimal de synthèse de la PCMA	• Document 8.16 Directives pour les rapports minimaux de la PCMA
Synthèse et évaluation du module	• Référence supplémentaire 8.1 Créer une base de données de la PCMA (sous Excel 2003)

DOCUMENT 8.1
Suivi individuel du traitement de l'enfant dans le cadre de la PCMA

- **Le traitement individuel des enfants avec malnutrition aiguë sévère (MAS) est suivi sur une fiche de suivi**. Chaque enfant avec MAS qui est admis à la PAC MAS hospitalière ou la PEC MAS ambulatoire aura une fiche de suivi.

- **Le numéro unique d'inscription de l'enfant est noté sur les fiches de suivi, les fiches de référence, les fiches de rations et autres rapports.** Cela servira de numéro identifiant l'enfant tout le temps où il/elle sera en traitement dans le cadre de la PCMA.

- **La fiche de suivi de la PEC MAS ambulatoire reste dans les dossiers sur le site.** Généralement, il n'est pas nécessaire de garder un registre d'inscription.

- **La mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant reçoit une fiche de rations de l'aliment thérapeutique prêt à l'emploi (ATPE) qui montre l'évolution et les progrès de l'enfant et la quantité de l'ATPE reçue lors de chaque séance de suivi de la PEC MAS ambulatoire.** La fiche contient des informations clés sur l'enfant ainsi qu'une information de base sur ses progrès. Y figurent également son nom, son âge, le nom de la personne qui s'en occupe (mère, père ou grand-mère), le lieu d'origine, le nom de l'agent d'extension, la date d'admission, les dates des séances de suivi de la PEC MAS ambulatoire. A l'admission, à la sortie ou à chaque visite de suivi de la PEC MAS ambulatoire, on note le périmètre brachial [PB], le poids, la taille et la ration reçue. à la sortie, la fiche de ration est remise à la structure sanitaire et sera attachée à la fiche de suivi de la PEC MAS ambulatoire.

- **Les enfants sont suivis alors qu'ils sont référés vers la PEC MAS hospitalière, la PEC MAS ambulatoire ou la PEC MAM, afin de vérifier que les procédures d'admission, de sortie et de traitement sont suivies correctement et que l'information nécessaire est bien notée.** Pour cela, on vérifie que les fiches de suivi en PEC MAS hospitalière et PEC MAS ambulatoire et les fiches de référence sont remplies correctement et qu'elles comportent toujours le numéro d'inscription unique de l'enfant.

- **La fiche de référence permet de suivre les enfants qui passent de la PEC MAS ambulatoire à la PEC MAS hospitalière.** Sur cette fiche de référence, devront figurer le traitement et les médicaments donnés avec la justification afin d'éviter de donner deux fois le même médicament à l'enfant.

DOCUMENT 8.2
Système de numérotation à l'inscription à la PCMA

- Chaque enfant reçoit un numéro d'inscription lorsqu'il ou elle est admis pour la première fois à la PCMA. Chaque numéro d'inscription a trois parties : le nom ou le code de la structure sanitaire, le numéro individuel de l'enfant et le code du service de la PCMA où l'enfant a commencé son traitement : la PEC MAS ambulatoire, PEC MAS hospitalière ou la PEC MAM. La plupart des enfants sont admis dans la PEC MAS ambulatoire, car ce sont les services les plus décentralisés et qui représentent le point d'entrée le plus accessible et le plus courant pour le traitement.

- Le code pour chaque site doit être déterminé dès que les soins commencent sur ce site. Il est unique pour ce site et doit être utilisé régulièrement par tout le personnel pour éviter toute confusion quant au type de site où l'enfant reçoit les soins. Le code du site devrait avoir trois ou quatre lettres et devrait être compris aisément.

- Dans certains pays, il existe un système de numérotation standard qui fait partie du système national d'information sanitaire (SNIS). Le système de numérotation pour la PCMA peut être adapté pour en tenir compte. Non seulement il est possible d'adapter le système de numérotation du SNIS mais il faut également vérifier que le site où chaque enfant est entré à la PCMA et le premier centre où il a reçu des soins sont inclus. Il faudra également suivre les directives nationales pour la PCMA si celles-ci existent déjà.

Tableau 1 Système de numérotation à l'inscription

Exemple 1 **Système de numérotation standard en trois parties NVL/OO1/AMB**	**Exemple 2** **Système de numérotation SNIS du Malawi 77/88/999/MMAA/PTA**
NVL: Le code du site ou de la structure sanitaire **001**: Numéro assigné individuellement à l'enfant (les numéros se suivent en séquence) **AMB** : PEC MAS ambulatoire où l'enfant a commencé son traitement	**77**: Le code en 2 chiffres pour le district **88**: Le code en 2 chiffres pour la structure sanitaire **999**: Numéro individuel de l'enfant **MMAA**: Mois et années d'admission **PTA** : Programme thérapeutique ambulatoire où l'enfant a commencé son traitement

- Il est indispensable si on veut suivre efficacement l'enfant dans la communauté que toutes documentations adoptent le même système de numérotation: le registre d'inscription (s'ils sont utilisés), le fiche de suivi et la fiche de référence. Les autres numéros pertinents, par exemple ceux donnés dans d'autres structures sanitaires ou à l'hôpital, dans les services de conseils et dépistage volontaire du VIH ou de traitement antirétroviral pourraient également être notés sur les fiches de suivi de la PEC MAS ambulatoire.

- Le numéro d'inscription doit figurer sur la fiche de référence. L'enfant garde le même numéro lorsqu'il revient.

- Les abandons revenants á la PCMA (dans un certain court délai) utilisent le même numéro qu'ils avaient puisqu'ils souffrent toujours du même épisode de sous-nutrition. Pour leur traitement, on continue à utiliser la même fiche de suivi.

- Les réadmissions (les enfants qui répondent à nouveau aux critères d'admission, qui rechutent, après avoir terminé le traitement comme guéri (fin de traitement) reçoivent un nouveau numéro et une nouvelle fiche car ils souffrent d'un nouvel épisode de sous-nutrition et ont besoin à nouveau d'un traitement complet.

DOCUMENT 8.3
Système de suivi et des rapports pour la PCMA

Les données quantitatives sont collectées de manière routinière sur la fiche de pointage qui est rempli à la fin de chaque séance de la PCMA et sont ensuite récapitulées sur le rapport mensuel du site.

Ces informations sont utilisées pour suivre les résultats et la performance de la PCMA. Les responsables au niveau du district sanitaire et les agent de santés de la structure sanitaire utilisent ces informations pour déterminer si la population cible est couverte et s'il existe des domaines devant être examinés ou renforcés ou encore lorsqu'ils veulent suivre les effets des changements qui ont été faits (à savoir, de nouveaux sites ont été ouverts, un plus grand nombre de bénévoles ont été recrutés et une plus grande quantité de fournitures est à présent accessible).

INFORMATIONS FIGURANT SUR LA FICHE DE POINTAGE

(Voir également **Document 8.7 Fiche de pointage de la PCMA** et **Document 8.6 Rapport mensuel du site de la PCMA.**)

Les données régulières des soins qui sont compilées lors de chaque séance de PCMA portent sur les éléments suivants :

- Nombre **Total** d'enfants suivant un traitement au **Début de la semaine**.

- Nombre des **Admissions Totales** par catégorie d'entrée, soit :

  - **Nouveaux Cas Enfants 6-59 mois**
  - **Nouveaux Cas Autres** : nourrissons < 6 mois, enfants > 5 ans, adolescents, adultes
  - **Anciens Cas :** Référés qui reviennent de la PEC MAS hospitalière ou d'un autre site PEC MAS ambulatoire ou abandons qui reviennent (qui n'ont pas récupéré et qui reviennent pour continuer le traitement dans un délai limité)(2 mois ?)
  - **Facultatif :** Les nouvelles admissions peuvent être classées par genre ou critère d'admission (œdèmes bilatéraux, périmètre brachial [PB], rapport poids-taille [P/T]) aidant à distinguer les différences dans le type de sous-nutrition dans les différentes régions (par exemple, les cas d'œdèmes bilatéraux peuvent être plus élevés dans certaines régions que dans d'autres ou le nombre de ces cas peut augmenter lors de certaines saisons)

- Nombre de **Sorties Totales** par catégorie de sortie :

  - **Guéris** (fin de traitement): Enfants qui répondent aux critères de sortie de traitement
  - **Décédés** : Enfants qui meurent alors qu'ils suivent le traitement
  - **Abandons** : Enfants qui quittent la PCMA avant de répondre aux critères de sortie, enfants absents pendant 3 séances consécutives
  - **Non récupérés** : Enfants qui ne répondent pas aux traitements et qui n'ont pas atteints les critères de fin de traitement après un certain délai de traitement (quatre mois ?) (une fois l'examen médical fait)

- Autres catégories de sortie :
  - **Références :** Enfants qui ont quitté (temporairement) le site car ils ont été référés vers d'autres soins de la PCMA ou vers des soins tertiaires pour un bilan médical.

    Remarque: Etant donné que la PCMA doit suivre les enfants en évitant de les compter deux fois, les enfants qui sont référés entre la PEC MAS ambulatoire et la PEC MAS hospitalière ne sont pas considérés comme sortis du traitement : ils sont en position de référence. Ils restent en traitement de la PCMA. Par contre, les enfants qui n'ont pas récupéré –qui ont déjà été

référés pour un bilan médical- quittent la PCMA s'ils ne répondent toujours pas au traitement après quatre mois.

- D'autres données quantitatives (facultatives) peuvent être recueillies pour suivre l'efficacité du traitement : gain de poids moyen quotidien, durée de séjour en moyenne des enfants guéris et taux de réadmission. Ces indices peuvent être calculés pour tous les enfants qui sont sortis de la PCMA en étant guéris (fin de traitement) ou sur un échantillon aléatoire des enfants guéris. Le gain de poids moyen quotidien et la durée de séjour en moyenne pour les guéris (fin de traitement) du kwashiorkor ou du marasme devraient être calculés séparément.

  - **Le gain de poids moyen quotidien pour un guéri** de la PEC MAS ambulatoire devrait être supérieur à 4 g/kg/jour
  - **La durée de séjour en moyenne pour un guéri** de la PEC MAS ambulatoire devrait être inférieure à 60 jours
  - **Les réadmissions après la sortie en fin de traitement (ou rechute)**: Peut-être faudra-t-il des interventions au niveau des foyers pour éviter des taux élevés de réadmission; des taux élevés pourraient également signifier que les enfants ont quitté le traitement trop tôt. (Le taux de réadmission égale le nombre de réadmissions par le total de nouvelles admissions)

INFORMATIONS DU RAPPORT MENSUEL DU SITE PCMA

(Voir également **Document 8.6 Rapport mensuel du site PCMA et Document 8.5. Fiche de pointage de la PCMA**.)

- L'information de la fiche de pointage est compilée dans le rapport mensuel du site PCMA, et les taux d' enfants guéris (fin de traitement), décédés, abandons et non récupérés sont indiqués comme proportions des sorties totales. Le rapport mensuel du site est envoyé chaque mois à l'équipe de gestion sanitaire du district.

  - Les semaines épidémiologiques peuvent être utilisées pour définir les mois de notification (semaines 1-4 = janvier; semaines 5-8 = février).
  - Le rapport mensuel du site PCMA relègue l'information dans les rapports mensuels de la PCMA combinée aux niveaux du district, régional ou national.

INFORMATIONS DU RAPPORT MENSUEL DE LA PCMA COMBINEE

(Voir également **Document 8.7 Rapport mensuel de la PCMA du district**.)

- Les rapports de tous les sites PCMA du district sont compilés dans le rapport mensuel de la PCMA combinée du district et les taux des enfants guéris (fin de traitement), décédés, abandons et non récupérés sont indiqués comme proportions des sorties totales. Les catégories "anciens cas" et "référés" sont omises car ces enfants n'ont pas quitté la PCMA.

- Les rapports mensuels compilés peuvent être utilisées aux niveaux régional et national et la représentation des données peut être ajustée à toutes fins pratiques (par exemple, par années, par période, ou par région)

AUTRES INFORMATIONS

- L'information qualitative est également recueillie auprès des communautés et des bénéficiaires de la PCMA pour connaître les opinions à propos des soins et pour aider les gestionnaires à mieux comprendre les problèmes possibles tels que des taux élevés d'abandon ou une faible couverture.

- Autres informations à recueillir auprès de la mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant et/ou de la communauté :

- **Cause et lieu du décès :** En notant cette information sur la fiche de suivi de la PEC MAS ambulatoire de l'enfant, cela peut aider à identifier les problèmes au niveau du traitement et de l'utilisation du protocole d'action et à déterminer si une formation et supervision s'avèrent nécessaires.
- **Raisons expliquant les « abandons » et les cas « non récupérés » :** Celles-ci peuvent comprendre la prévalence élevée de la tuberculose et/ou du VIH, le partage de l'aliment au sein du ménage ou le manque d'hygiène ou d'approvisionnement, indiquant le besoin de se relier davantage à d'autres soins et services.

- Supervision et extension communautaire : Voir **Document 8.10 Contrôler les barrières à l'accès et à la fréquentation de la PCMA** et **Module 3 : Extension communautaire.**

- **Couverture**: Voir **Document 8.9 Principes de la couverture.**

UTILISER LES RAPPORTS MENSUELS DU SITE PCMA POUR DETERMINER LA PERFORMANCE DES SOINS

- Le rapport mensuel du site PCMA est préparé chaque mois (utilisant les quatre ou cinq semaines épidémiologiques complètes pour le mois, déterminées au préalable au niveau national) et devra être revu par le personnel de la structure sanitaire ou de l'équipe de gestion sanitaire du district lors des réunions mensuelles ou trimestrielles.

- Le superviseur ou l'équipe de supervision du district sera chargé de revoir les rapports mensuels des sites PCMA.

- La performance de la PCMA (proportions d'enfants guéris, décédés, abandons et non récupérées) peut être comparée aux indicateurs clés des normes Sphère[1]. Les normes Sphère ne s'appliquent pas toujours au système de soins de santé dans un cadre de développement. Mais vu qu'il n'existe pas actuellement d'autres normes acceptées internationalement pour la PCMA dans les contextes de non urgence, les normes Sphère restent notre système de mesure.

- Les rapports mensuels peuvent être utiles pour traiter toute nouvelle question qui se présente. Information certes utile pour organiser des réunions avec la communauté et déterminer les raisons à l'origine de tel ou tel problème, par exemple des taux élevés d'abandon ou les raisons pour lesquelles les mères ou les accompagnant(e)s n'amènent pas leurs enfants à la PEC MAS ambulatoire. Des discussions de groupe pourront être organisées pour traiter ces problèmes.

- Les données peuvent être compilées en utilisant un tableau électronique. **Référence supplémentaire 8.1 Créer une base de données de la PCMA (sous Excel 2003)** décrit comment utiliser les tableurs Excel pour créer une base de données pour le suivi du programme.

COMPILER ET ANALYSER LES RAPPORTS MENSUELS DE LA PCMA POUR PREPARER UN RAPPORT DE LA PCMA AU NIVEAU NATIONAL

- Les rapports de tous les sites PCMA du district sont compilées dans le rapport mensuel de la PCMA combinée du district et ensuite sont compiles au niveau régional ou national.

- Les sites individuels de la PCMA envoient leurs fiches de pointage et/ou rapport mensuel du site au niveau district. Un point focal de l'équipe de gestion sanitaire du district est chargé de les compiler dans un rapport mensuel de la PCMA combinée du district.

- Le district envoie ses rapports compilés au ministère de la santé (MS) au niveau régional ou national.

[1] Le manuel Sphere 2004: http://www.sphereproject.org/component/option,com_docman/task,cat_view/gid,70/Itemid,203

- Des systèmes devraient être mis en place dès le début pour renforcer la capacité de notification des sites PCMA et du MS au niveau district pour s'assurer qu'ils suivent les directives nationales et utilise un modèle de rapport standardisé pour que ces rapports soient faits régulièrement et exactement. Les rapports et le feedback seront intégrés au système national d'information sanitaire (SNIS) si possible. Si c'est nécessaire, le SNIS sera adapté de sorte à inclure les indicateurs de la PCMA.

- Les rapports permettront de relever les problèmes et les lacunes et de déterminer si des progrès sont faits et qu'on se trouve sur la bonne voie en vue d'atteindre les objectifs.

DOCUMENT 8.4
Système de classement pour les fiches individuelles de suivi de la PEC MAS ambulatoire

- Toutes les fiches individuelles de suivi (qu'elles soient passées ou actives) sont gardées dans des dossiers qui doivent être accessibles en permanence dans les structures sanitaires. Cela facilite en effet le suivi des enfants, le contrôle des réadmissions, et la vérification de la qualité des fiches remplies et les rapports.

- Il faudrait deux systèmes de classements : l'un pour les cas actifs, avec une section séparée pour les références et l'autre pour les sorties, avec des sections séparées pour guéris, décédés, abandons et non récupérés

Tableau 1. Système d'archivage

Dossier 1 : Cas actifs	Dossier 2: Sorties
Sections: **Enfants avec MAS en traitement actuellement** Remarque: Marquez la fiche individuelle de suivi de la PEC MAS ambulatoire des enfants qui ne répondent pas bien au traitement et qui ont besoin de visites de suivi à domicile et des enfants qui ne sont pas revenus (les enfants absents pendant une ou deux séances de suivi de la PEC MAS ambulatoire) **Section séparée :** Références qui attendent de revenir: les enfants qui ont été référés vers la PEC MAS hospitalière ou les soins tertiaires pour un bilan médical	**Sections:** **Guéris**: Les enfants répondant aux critères de sortie quittent donc la PEC MAS **Décédés** : Les enfants qui sont morts alors qu'ils se trouvaient en traitement **Abandons** : Les enfants absents à trois séances consécutives **Non récupérés** : Les enfants qui n'ont pas répondu au traitement et qui après quatre mois malgré référence pour bilan médical n'ont pas atteint les critères de sortie **Remarque:** Vérifiez ce dossier pour déterminer les réadmissions après abandon car il faudrait utiliser la même fiche individuelle de suivi que la PEC MAS ambulatoire.

- **Références vers la PEC MAS hospitalière** : Le dossier "références attendant de revenir" doit être vérifié régulièrement. L'enfant à risque recevra une visite de suivi à domicile de la part d'un agent d'extension (agents de santé communautaire [ASC], bénévoles) s'il/elle ne revient pas à la PEC MAS ambulatoire dans les deux semaines qui suivent sa sortie de la PEC MAS hospitalière. Si l'enfant meurt dans la PEC MAS hospitalière, on marquera « décédé » sur la fiche individuelle de suivi de la PEC MAS ambulatoire.

- **Abandons (absents pendant trois séances consécutives)** : Il faudrait se rendre au domicile des enfants qui ne sont pas revenus et encourager leur mère ou l'accompagnant(e) à revenir à la PCMA. L'agent d'extension devra également déterminer la raison pour laquelle l'enfant n'est pas revenu, la signaler à l'agent de santé et la noter sur la fiche individuelle de suivi de la PEC MAS ambulatoire de l'enfant. Il faudra chercher à remédier à cette situation et traiter la cause de l'abandon.

- **Décédés** : Les symptômes et le diagnostic de l'enfant décédé sont notés sur la fiche individuelle de suivi en PEC MAS ambulatoire si possible, afin de déterminer le problème au niveau du traitement ou du protocole d'action.

- **Non réponses au traitement :** Les enfants qui ne répondent pas bien au traitement ont besoin d'une visite de suivi à domicile (Voir **Document 4.13 Protocole d'Action de la PEC MAS ambulatoire**). Lorsque les enfants ne répondent pas au traitement et que le protocole d'action indique qu'une visite à domicile s'avère nécessaire (par exemple si l'enfant perd du poids), l'agent d'extension devra indiquer à l'agent de santé toutes les raisons possibles pour lesquelles l'enfant ne récupère pas. L'agent de santé doit noter cette information sur la fiche individuelle de suivi de la PEC MAS ambulatoire de l'enfant et utiliser cette information pour décider s'il faut référer l'enfant vers la PEC MAS hospitalière ou faire un bilan médical supplémentaire. Il est très important d'avoir de bonnes filières de communication entre les agents de santé de la PEC MAS ambulatoire et de la PEC MAS hospitalière pour que les visites de suivi à domicile soient faites quand c'est nécessaire et que les enfants à risque soient suivis dans la communauté, surtout lorsque les agents d'extension ne peuvent pas assister à la séance de la PEC MAS ambulatoire.

- **Non-récupérés** : Les enfants qui après tous les efforts faits pour trouver les causes de non réponse au traitement PCMA n'arrivent pas à atteindre la guérison dans les 4 mois.

DOCUMENT 8.5
Fiche de pointage de la PCMA

8.5

FICHE DE POINTAGE DE LA PCMA – PEC MAS

NOM DE LA STRUCTURE SANITAIRE					
DISTRICT					
SITE PEC MAS	Ambulatoire		Hospitalière		
Semaine					**TOTAL**
Date					
Nombre total au début de la semaine (A)					
Nouveaux cas Enfants 6-59 m avec œdèmes bilatéraux (B1a)					
Nouveaux cas Enfants 6-59 m avec émaciation (B1b)					
Nouveaux cas Autres : nourrissons, enfants ≥5 ans, adolescents, adultes (B2)					
Anciens cas : Référés ou abandons revenus (C)					
Nombre des admissions totales (D=B+C)					
Guéris Enfants 6-59 mois (E1)					
Décédés Enfants 6-59 mois (E2)					
Abandons Enfants 6-59 mois (E3)					
Non récupérés Enfants 6-59 mois (E4)					
Référés vers la PEC MAS hospitalière ou ambulatoire (F)					
Nombre total de sorties (E)					
Nombre total de départs (G=E + F)					
Nombre total fin de la semaine (H=A+D-G)					

Remarque : si le nombre de personnes dans les autres groupes d'âge avec MAS est élevé, il est recommandé de rapporter séparément par groupe d'âge

FICHE DE POINTAGE DE LA PCMA – PEC MAM POUR LES ENFANTS 6-59 MOIS AVEC MAM

8.5

NOM DE LA STRUCTURE SANITAIRE					
DISTRICT					
SITE PEC MAM ENFANTS 6-59 mois	Ambulatoire		Hospitalière		
Semaine					**TOTAL**
Date					
Nombre total au début de la semaine (A)					
Nouveaux cas (B)					
Anciens cas PEC MAS et cas MAM revenus (C)					
Nombre des admissions totales [D=B+C]					
Guéris de B(E1)					
Décédés de B (E2)					
Abandons de B (E3)					
Non récupérés de B (E4)					
Référés vers la PEC MAS (F1)					
Ancien cas PEC MAS sortant (F2)					
Nombre total de sorties de B (E)					
Nombre total de départs (G=E + F1 + F2)					
(Nombre total fin de la semaine (H=A+D-G)					

FEMMES ENCEINTES ET ALLAITANTES (AVEC NOURRISSON DE < 6 MOIS) AVEC MAM

8.5

NOM DE LA STRUCTURE SANITAIRE					
DISTRICT					
SITE PEC MAM Femmes enceintes et allaitantes	Ambulatoire		Hospitalière		
Semaine					**TOTAL**
Date					
Nombre total au début de la semaine (A)					
Nouveaux cas (B)					
Anciens cas MAM revenus (C)					
Nombre des admissions totales [D=B+C]					
Guéris (E1)					
Décédés (E2)					
Abandons (E3)					
Sorties bébés nés (E4)					
Sorties nourrissons 6 mois (E5)					
Nombre total de sorties (E)					
Référés (F)					
Nombre total de départs (G=E + F)					
(Nombre total fin de la semaine (H=A+D-G)					

DOCUMENT 8.6
Rapport mensuel du site PEC MAS

Site		**Partenaire d'exécution**	
Communauté		**Fait Par**	*MS* *Autre:*
District		**Mois / Année**	
Etat/Région		**Type de Prise en Charge**	*PEC MAS hospitalière* *PEC MAS ambulatoire*
ATPE distribué		**Population Cible Estimée Enfants 6-59 mois**	*(WFH <-3 Z-Score)* *(PB <115 Mm)* (Œdèmes)

TOTAL AU DÉBUT DU MOIS (A)	NOUVEAUX CAS (B)		ANCIENS CAS (C)	ADMISSIONS TOTALES (D)	SORTIES FIN DE TRAITEMENT ENFANTS 6-59 MOIS** (E)				RÉFÉRÉS (F)	TOTAL DÉPARTS (G)	TOTAL FIN DU MOIS (H)
	Enfants 6-59 M (B1)	**Autres (< 6 mois, enfants > 5 ans, adolescent, adultes)** (B2)	**Référés, revenus**	(B+C=D)	**Guéris** (E1)	**Décédés** (E2)	**Abandons** (E3)	**Non Récupérés** (E4)		(E+F=G)	(A+D-G=H)
				Enfants 6-59 Mois	% **E1/E*100**	% **E2/E*100**	% **E3/E*100**	% **E4/E*100**			
				CIBLES Normes Sphère	>75%	-	<15%				

E1: Sorti Guéri = Attient les critères de sortie s
E2: Sorti Décédé = Décédé en traitement
E3: Sorti Abandon = Absent pendant 3 visites consécutives en soins ambulatoires/2 jours en soins hospitaliers
E4: Sorti Non- Guéri = N'as pas atteint les critères de sortie après quatre mois dans les soins ambulatoires/après deux mois dans les soins hospitaliers.

GENRE NOUVELLES ADMISSIONS enfants 6-59 mois	
Mâle	
Femelle	

*Population ciblée estimée en dessous de 5 ans = 20%, utilisant les données du Recensement 2008; Population ciblée estimée en dessous de 5 ans avec MAS, exprimé en chiffres (P/T <-3 z score ou PB <115 mm, et œdèmes bilatéraux), basé sure les données des enquêtes les plus récentes ou sur des données d'admission.
** Remplir dans un rapport séparé pour d'autres tranches d'âge s'il y a un nombre important de cas des autres tranches d'âge admis dans la prise en charge.

RAPPORT MENSUEL DU SITE PEC MAM POUR ENFANTS 6-59 MOIS

Site		**Partenaire d'exécution**	
Région		**Période**	
District		**Capacité**	
AMF distribué	En Tonnes	**Population cible**	

TOTAL AU DEBUT DU MOIS (A)	NOUVEAUX CAS (B) (selon critères d'admission)	ANCIEN CAS (C) Anciens cas PEC MAS Cas référés Cas revenus	ADMISSIONS TOTALES (D) (D=B+C)	SORTIES (DE B) (E)				REFERES (F1)	Ancien cas PEC Mas sortant (F2)	TOTAL DÉPARTS (G= E+F)	TOTAL FIN DU MOIS (H=A+D-G)
				GUÉRIS (de B) (E1)	DÉCÉDÉS (de B) (E2)	ABANDONS (de B) (E3)	NON-récupérés (de B) (E4)				
				E1/E*100 %	E2/E*100 %	E3/E*100 %	E4/E*100 %				
			(Normes Sphère)	>75%	<3%	<15%					

DOCUMENT 8.7
Rapport mensuel de la PCMA combinée pour le district

RAPPORT MENSUEL DE LA PCMA COMBINÉE - **PEC MAS** (AMBULATOIRE + HOSPITALIÈRE)

Pays/ État/district	
Nombre de sites de PEC MAS ambulatoire	
Nombre de sites de PEC MAS hospitalière	
Capacité maximale estimée	
Population cible estimée Enfants 6-59 mois	
Couverture estimée	
Consommation de l'ATPE (kg)	

Partenaire(s) d'exécution	
Période du rapport	

Total au début de la période **(A)**	NOUVEAUX CAS		ADMISSIONS TOTALES **(B)**	SORTIES				SORTIES **(E)**	TOTAL FIN DU MOIS **(H=A+B-E)**
	Enfants 6-59 mois (selon critères d'admission) **(B1)**	Autres nourrissons <6 mois, enfants ≥ 5 ans, adolescent adultes **(B2)**		GUÉRIS **(E1)**	DÉCÉDÉS **(E2)**	ABANDONS **(E3)**	Non-Récupérés **(E4)**		
				E/E1*100 %	**E/E2*100 %**	**E/E3*100 %**	**E/E4*100 %**		
			CIBLE (Normes Sphère)	**>75%**	**<10%**	**<15%**			

RAPPORT MENSUEL DE LA PCMA COMBINÉE - **PEC MAM** POUR ENFANTS 6-59 MOIS

Site		**Partenaire d'exécution**	
Région		**Période**	
District		**Capacité**	
AMF distribué	En Tonnes	**Population cible**	

Total au début du mois **(A)**	Nouveaux cas **(B)** (selon critères d'admission)	ADMISSIONS TOTALES **(D)** (D=B+C)	SORTIES				SORTIES **(E)**	TOTAL FIN DU MOIS **(H)** (H=A+D-G)
			GUÉRIS (FIN DE TRAITEMENT) **(E1)**	DÉCÉDÉS **(E2)**	ABANDONS **(E3)**	NON-récupérés **(E4)**		
			E1/E*100 %	**E2/E*100 %**	**E3/E*100 %**	**E4/E*100 %**		
		(Normes Sphère)	**>75%**	**<3%**	**<15%**			

DOCUMENT 8.8
Indicateurs de la PCMA

Il existe deux ensembles fondamentaux d'indicateurs : **indicateurs de performance** et **indicateurs d'effet**.

1. Indicateurs de performance (ou indicateurs du résultat) mesurent si les soins de la PCMA ont atteint leurs objectifs et les résultats escomptés, qui sont mesurés en pourcentages.

- Ces indicateurs nous montrent combien d'enfants avec MAS (et la proportion en pourcentage) inscrits à la PCMA quittent le traitement comme guéris (fin de traitement), décédés, abandons ou non récupérés. Les indicateurs pour la PEC MAS hospitalière et la PEC MAS ambulatoire du district ou au niveau national seront combinés pour évaluer la performance générale de la PCMA. Les résultats peuvent être comparés aux normes minimales internationales pour les programmes d'alimentation thérapeutique dans les contextes d'urgence, fixées par le Projet Sphère (Normes Sphère). Ces normes ne s'appliquent pas forcément aux contextes d'urgence encore qu'il faille les éprouver à cet égard :

PEC MAS combinée	Normes Sphère :
Taux de guérison	> 75%
Taux de décès	< 10%
Taux d'abandon	< 15%
Taux de non récupération	Pas d'indication normes Sphère
Taux de couverture	>50 % en zone rural >70% en zone urbain >90% en situation de camps

PEC MAM	Normes Sphère :
Taux de guérison	> 75%
Taux de décès	< 3%
Taux d'abandon	< 15%
Taux de non récupération	Pas d'indication normes Sphère
Taux de couverture	>50 % en zone rural >70% en zone urbain >90% en situation de camps

- Il est important, en plus, de déterminer si la PCMA est en bonne voie pour atteindre ses objectifs du point de vue de **l'accès et de la fréquentation (la couverture).** La meilleure manière de s'en assurer est de faire une enquête de couverture, basée de la population.

  De simples méthodes pour déterminer la couverture sans faire une enquête onéreuse de la couverture sont à l'étude. Des méthodes plus simples, comme la comparaison entre les admissions effectives et le nombre de cas prévus (en fonction de la prévalence et de l'incidence estimées) sont utilisées pour estimer la couverture à des fins de suivi, dans le laps de temps entre les enquêtes sur la population. Un dépistage attentif dans des communautés choisies à cette fin peut également dégager une information utile sur la couverture.

- Les indicateurs facultatifs du **gain de poids moyen quotidien (GPM)** et **de la durée de séjour en moyenne (DSM) des enfants guéris** peuvent être calculés pour tous les enfants ou pour un échantillon aléatoire des enfants (nouveaux cas uniquement) qui sont guéris (fin de traitement). Les indicateurs sont calculés séparément pour les cas de marasme et de kwashiorkor.

Remarque : Le GPM et la DSM pour la PEC MAS ambulatoire ne représentent pas ***une information essentielle*** bien qu'ils apportent une information utile sur l'efficacité du traitement.

- Le **GPM des enfants guéris** dans la PEC MAS ambulatoire doit dépasser en principe 4 g/kg/jour. Un faible GPM peut être signe d'autres problèmes comme un taux d'absence élevé, un taux d' abandon élevé, un traitement inefficace, le partage de l'aliment thérapeutique prêt à l'emploi (ATPE) et/ou la non observance du protocole de traitement.

  Pour calculer le GPM, déterminez d'abord le gain de poids de chaque enfant guéri (fin de traitement) qui se trouve dans l'échantillon : le gain de poids quotidien (g/kg/jour) est le poids à la sortie (grammes- g) moins le poids minimal (g), divisé par le poids minimal (kg) x nombre de jours entre le poids minimal et le jour de la sortie de traitement (jours). Le GPM est la somme des gains de poids (g/kg/jour) dans l'échantillon divisé par le nombre d'enfants guéris (le nombre de fiches individuelles de suivi dans l'échantillon) par catégorie (marasme ou kwashiorkor).

- La **DSM des enfants guéris** dans la PEC MAS ambulatoire ne doit pas dépasser en principe les 60 jours. Une longue durée de séjour peut être le résultat de divers facteurs : proportion élevée d'enfants qui ne récupèrent pas, absences fréquentes, abandon, partage de l'ATPE et/ou maladies non traitées. Une brève durée de séjour pourrait indiquer une sortie précoce du traitement, explication que viendrait étayer un taux élevé de rechute. La durée de séjour minimale dans la PCMA, si le périmètre brachial est le critère d'admission, est de deux mois.

  La DSM est calculée en additionnant les temps de séjour pour tous les enfants guéris (fin de traitement) dans l'échantillon et en divisant le total par le nombre d'enfants guéris (le nombre de fiches individuelles de suivi dans l'échantillon).

2. Les indicateurs d'effet (**résultat)** mesurent si la PCMA a obtenu les effets et réalisé les activités nécessaires pour atteindre les buts et les objectifs. Ils sont mesurés en nombres (ou pourcentages) et devraient se rapporter spécifiquement aux activités/effets fixés.

Exemples d'indicateurs d'effet :

- Nombre de structures sanitaires dispensant des sites PCMA (sites PEC MAS hospitalière, PEC MAS ambulatoire, et PEC MAM)
- Nombre d'enfants avec MAS admis (nouveaux cas) à la PCMA pour MAS/MAM par période donnée
- Nombre d'enfants avec MAS en traitement à la PCMA pour MAS/MAM
- Nombre ou pourcentage des agents de santé formés et actifs au niveau de la PCMA pour la MAS/MAM
- Nombre ou pourcentage d'agents de santé communautaire (ASC) formés et actifs au niveau de l'extension communautaire
- Nombre ou pourcentage de bénévoles formés et actifs au niveau de l'extension communautaire.

Les indicateurs supplémentaires dépendront du but de la PCMA et des besoins en matière de suivi. Par exemple :

- Nombre d'enfants référés par des bénévoles et admis à la PEC MAS ambulatoire
- Pourcentage de communautés dans la zone cible qui se trouvent à une journée de marche aller-retour des sites PCMA
- Pourcentage des structures sanitaires dans la zone cible qui fournissent la PCMA

- Pour examiner les barrières à l'accès et à la fréquentation de la PCMA par le biais de réunions régulières avec les bénévoles et les parties prenantes de la communauté des indicateurs pourraient inclure :

  - Nombre et pourcentage des enfants de moins de 5 ans avec MAS identifiés dans la communauté et référés vers la PCMA
  - Nombre d'enfants de moins de 5 ans avec MAS référés vers la PCMA et admis
  - Nombre de réunions entre les coordinateurs et les agents d'extension communautaires d'une part et la communauté (dirigeants influents de la communauté) d'autre part, sur une période donnée.

Tableau 1. Récapitulatif des indicateurs de la performance de la PCMA

- Nombre total des nouvelles admissions
- Nombre total des sorties*
- Nombre total des enfants avec MAS/MAM en traitement
- Information sur les nouvelles admissions 6-59 mois :
  a. Proportion des enfants avec MAS admis sur la base de présence d'œdèmes bilatéraux, ou l'émaciations grave avec un petit périmètre brachial (PB) ou un faible rapport P/T, et des enfants avec MAM admis sur la base de l'émaciation modérée avec un petit périmètre brachial (PB) ou un faible rapport P/T
  b. Proportion des enfants avec MAS/MAM admis par genre

Seuils	***Normes Sphère (2004-2010)***
Taux de Guérison en PEC MAS/PEC MAM Proportion des enfants guéris sur le total des sorties*	> 75%
Taux de Décès en PEC MAS Proportion des enfants qui sont décédés pendant qu'ils se trouvaient en traitement, sur le total des sorties*	< 10%
Taux de Décès en PEC MAM Proportion des enfants qui sont décédés pendant qu'ils se trouvaient en traitement, sur le total des sorties*	< 3%
Taux d'Abandon en PEC MAS/PEC MAM Proportion des enfants absents pendant trois séances consécutives, sur le total des sorties*	< 15%
Taux de Non Récupération en PEC MAS/PEC MAM Proportion des enfants qui ont été référés pour bilan médical et qui finissent le traitement non récupérés après quatre mois de soins, sur le total des sorties*	/
Taux de Couverture en PEC MAS/PEC MAM Proportion des enfants avec MAS qui se trouvent en traitement sur le nombre total d'enfants avec MAS dans la communauté	50% (rural) 70% (urbain) 90% (camps)
Gain de poids moyen quotidien (GPM) en PEC MAS (calculé à partir d'un échantillon d'enfants guéris par catégorie [kwashiorkor ou marasme]) = somme des gains de poids dans un échantillon divisé par le nombre d'enfants guéris ou fiches individuelles de suivi dans l'échantillon	>8g*
Durée de séjour en moyenne (DSM) en PEC MAS (calculée à partir d'un échantillon d'enfants guéris par catégorie [kwashiorkor ou marasme]) = somme des durées de séjour dans un échantillon divisé par le nombre d'enfants guéris ou fiches individuelles de suivi dans l'échantillon	< 60 jours*

* Les sorties totales regroupent les catégories suivantes : guéris, décédés, abandons et non-récupérés

Tableau 2. Récapitulatif des indicateurs de l'effet

▪ Nombre des sites PEC MAS ambulatoire opérationnels
▪ Nombre des sites PEC MAS hospitalière opérationnels
▪ Nombre des sites PEC MAM opérationnels
▪ Nombre d'agents de santé formés en matière de PCMA (plus distribution des agents formés par genre)
▪ Nombre de références en fonction du protocole d'action
▪ Nombre d'ASC formés en matière d'extension communautaire (plus distribution par genre)
▪ Nombre de bénévoles formés en matière d'extension communautaire (plus distribution par genre)
▪ Nombre de communautés mobilisées

DOCUMENT 8.9
Principes de la couverture

- La PCMA se donne pour priorité d'apporter le traitement disponible au plus grand nombre possible d'enfants avec MAS et MAM au sein de la population touchée. Aussi, est-il important d'évaluer la couverture, la proportion des enfants nécessitant une assistance et qui reçoivent effectivement des soins dans le cadre de la PCMA.

- Généralement, la couverture est exprimée en tant que pourcentage. Par exemple, s'il existe 100 enfants avec MAS dans l'aire de la PCMA et si 70 d'entre eux se trouvent à la PCMA, alors la couverture est de 70%.

- La couverture est l'un des indicateurs les plus importants montrant dans quelle mesure la PCMA **répond au besoin**. La PCMA avec un taux élevé de couverture et un faible taux de guérison répond peut-être mieux au besoin que celui disposant d'un faible taux de couverture et d'un taux élevé de guérison.

  "Besoin satisfait" est le produit du taux de couverture par le taux de guérison. En effet, si la PCMA a un taux de couverture de 70% et un taux de guérison de 90%, alors le « besoin satisfait » en tant que pourcentage peut être calculé de la manière suivante : **70 x 90/100= 63%**, indiquant que la PCMA répond à 63% du besoin.

- Les services de PCMA de haute qualité ont les deux : des taux élevés de couverture et des taux élevés de guérison.

- La couverture de la PCMA est cartographiée et estimée à l'aide d'une enquête de couverture, basée sur la population. Une méthode d'échantillonnage utilisée couramment est celle de l'échantillonnage systématique central (CSAS), qui concerne la manière dont les communautés sont choisies pour constituer l'échantillonnage. De nouvelles techniques utilisant moins de ressources sont en train d'être mises au point pour évaluer l'accès et la fréquentation (la couverture).

DOCUMENT 8.10
Contrôler les barrières à l'accès et à la fréquentation de la PCMA

Sachant combien les enquêtes de couverture sont rares et onéreuses, il devient important de contrôler régulièrement les barrières à l'accès et à la fréquentation de la PCMA en suivant les données régulières recueillies.

- **Barrière particulièrement préoccupante : Le point de départ du suivi routinier devrait être** l'information réunie lors du bilan communautaire (voir **Module 3 : Extension communautaire**), qui révèle souvent des barrières contextuelles particulières. Par exemple, si le bilan communautaire a montré que certaines communautés ou certains groupes ethniques sont marginalisés, il faudra scruter les données sur le nombre d'inscriptions au sein de ces groupes. Si le bilan a montré que les traitements traditionnels ou les guérisseurs exercent une grande influence et, si de plus, il existe des frictions entre les dirigeants influents de la communauté et les agents de santé, il faudra regarder de près les rapports mensuels et trimestriels venant de ces communautés.

- **Barrières courantes :** Outre les questions mises en relief par le bilan communautaire, le suivi de routine peut dégager des informations supplémentaires sur les barrières entravant l'accès, par exemple :
    - Comparer les taux d'admission pour différents sites de PEC MAS ambulatoire en cherchant à déterminer si les chiffres reflètent la taille des populations ou des zones desservies
    - Prêter attention aux structures sanitaires ou communautés où les taux d'admission chutent soudainement, car cela pourrait indiquer qu'une visite de supervision s'avère nécessaire pour expliquer plus clairement au personnel les procédures d'admission afin de corriger les conceptions erronées sur l'éligibilité dans la communauté ou pour corriger tout autre problèmes à l'origine de la baisse des admissions
    - Suivre le nombre des enfants absents ou des abandons dans les sites PEC MAS ambulatoire car cela pourrait être la manifestation de divers problèmes locaux : interruption dans la chaîne d'approvisionnement, barrières saisonnières à l'accès et la fréquentation ou soins de mauvaise qualité ou encore manque d'instruction de la part du personnel des sites PEC MAS ambulatoire
    - Passer au crible les rapports pour vérifier que l'extension communautaire est effective dans la communauté

- **Actions correctrices :** Le suivi doit être relié à des actions qui visent à corriger le problème. Celles-ci sont déployées dans le cadre des visites régulières de supervision, lorsque les équipes de gestion sanitaires du district ou les superviseurs de la PCMA rencontrent ou encadrent les agents de santé de la structure sanitaire (voir **Objectif d'apprentissage 6**). Il est toujours important lorsqu'on cherche les solutions à ces problèmes de faire un tour d'horizon et de demander l'avis des dirigeants influents de la communauté, des personnes qui utilisent la PCMA et de celles qui ne l'utilisent pas.

- **Suivi local** : Les agents de santé doivent pouvoir faire leur propre suivi. A cet effet, ils peuvent diviser leur aire en parcelles et utiliser les données sur le nombre d'inscriptions pour vérifier si l'extension est effectivement réalisée et si des admissions viennent effectivement des différentes parties de la communauté dont elles étaient supposées venir. La recherche de solutions à des problèmes soulevés par le suivi régulier est faite souvent dans le cadre d'une rencontre entre les membres de la communauté et les agents d'extension.

DOCUMENT 8.11
Soutien et supervision pour la PCMA

- **Soutien et supervision** veut dire un apport continu de soutien et de motivation dans le but d'améliorer la performance. Tel est l'objectif général d'un superviseur ou d'une équipe de supervision.

- C'est lors des étapes de planification qu'est confiée la responsabilité de superviser les soins de la PCMA. Les superviseurs sont responsables de vérifier que la PCMA fonctionne à un niveau de qualité souhaité.

- Des visites de soutien et de supervision pourraient être faites par l'équipe de gestion de santé du district ou l'équivalent, éventuellement dans le cadre d'une visite de supervision intégrée lorsque les superviseurs vérifient également le bon fonctionnement d'autres services.

- Les superviseurs vérifient que les fiches individuelles de suivi sont remplies correctement et entièrement. Lors de ces visites, on vérifie également les fiches individuelles de suivi des enfants qui sont sortis, surtout des enfants décédés, les abandons ou les non récupérés. Le superviseur doit s'assurer que les admissions et les sorties de la PCMA se font selon les critères établis et que les protocoles de traitement sont exécutés correctement. Le superviseur doit aussi vérifier que le protocole d'action de la PEC MAS ambulatoire est suivi exactement de sorte que les cas à risque soient référés et contrôlés comme préconisé.

- Les superviseurs devraient travailler en étroite collaboration avec les agents de santé et les agents d'extension (agents de santé communautaire [ASC], bénévoles) sur le site PEC MAS ambulatoire pour détecter et régler ainsi tout problème au niveau des soins, des visites de suivi à domicile ou de la prise en charge des cas individuels.

- Les superviseurs peuvent utiliser **une grille de vérification.** Celle-ci est adaptée au contexte et conforme aux protocoles nationaux et au système national d'information sanitaire (SNIS).

- Les superviseurs, les agents de santé et les agents d'extension communautaire doivent se rencontrer régulièrement pour discuter des problèmes ou questions concernant la PCMA. Les réunions auront pour ordre du jour :

  - Problèmes au niveau de la gestion de la PCMA : le nombre de cas est-il gérable au vu du personnel disponible, toute augmentation ou diminution prévue dans le nombre de cas à cause de la saison ou de l'arrivée soudaine d'un groupe important et un plan en cas d'imprévus pour gérer les changements ou relever tout autre défi.

  - Autres questions/problèmes liés au personnel

  - Facteurs qui peuvent se répercuter sur l'accès et la fréquentation de la PCMA ou qui demandent un ajustement des horaires/jours des séances de suivi de la PEC MAS ambulatoire (lorsque s'approche la saison des moissons par exemple)

  - Problèmes/questions liés à l'approvisionnement de fournitures et à la planification

  - Revue des décès dans la PCMA pour faire ressortir tout problème concernant le suivi du traitement, l'utilisation du protocole d'action de la PEC AMS ambulatoire, le protocole de traitement et pour déterminer les éventuels changements auxquels il faudrait procéder dans les traitements.

  - Revue des abandons

- Revue des enfants qui ne répondent pas au traitement (enfants qui ne prennent pas de poids ou enfants qui perdent du poids) et qui doivent être référés pour un bilan médical.
- Revue des enfants non récupérés (ceux qui ne répondent pas aux critères de sortie après quatre mois de traitement [après un bilan médical])
- Revue des références pour vérifier un suivi efficace dans le cadre de la PCMA
- Tous les problèmes au sein de la communauté pouvant se répercuter sur l'accès et la fréquentation (la couverture)
- Revue des systèmes de suivi et de compte rendu
- Revue des fiches de pointage et rapports mensuels des sites

▪ Utile aussi de garder dans les dossiers les rapports de supervision pour suivre les progrès que font les divers sites PCMA dans le temps.

Tableau 1. Responsabilité du superviseur (Exemple de PEC MAS ambulatoire dans une structure sanitaire)

Observation du traitement et revue des fiches individuelles de suivi	Suivi et rapport
▪ La fiche individuelle de suivi de la PEC MAS ambulatoire, la fiche de rations de l'aliment thérapeutique prêt à l'emploi (ATPE) et le carnet de santé sont remplis. ▪ L'évolution de l'enfant est suivie de près et les progrès sont notés sur sa fiche individuelle de suivi tout du long du traitement. ▪ L'admission et la sortie se fait en fonction du protocole et sont notées sur la fiche individuelle de suivi. ▪ Les bilans médicaux (anamnèse et examen physique) sont réalisés et notés sur la fiche individuelle de suivi. ▪ Les médicaments (de routine et supplémentaires) sont donnés et notés sur la fiche individuelle de suivi. ▪ Les tests d'appétit sont réalisés et notés sur la fiche individuelle de suivi ▪ Les maladies indiquées par les mères ou les accompagnant(e) de l'enfant sont notées sur la fiche individuelle de suivi. ▪ Toute détérioration dans l'état de l'enfant est dépistée, traitée en fonction du protocole d'action et notée sur sa fiche individuelle de suivi. ▪ Les abandons et absents sont notés sur les fiches individuelles de suivi et suivis avec une visite à domicile dans la communauté. ▪ Les références sont notées sur les fiches individuelles de suivi et leurs mouvements sont suivis. ▪ Les décès sont notés et les symptômes ainsi que la cause du décès font l'objet d'enquêtes et sont notés sur les fiches individuelles de suivi.	▪ Le système du numéro unique est utilisé. ▪ Les fiches de référence sont remplies. ▪ Les fiches de pointage sont remplies, compilées et archivées. ▪ Les rapports mensuels des sites sont préparés à partir des fiches de pointage et envoyés à temps à l'organisme concerné au niveau du district **Approvisionnement et planification** ▪ Les fournitures de la PCMA sont suffisantes et stockées dans les bonnes conditions. ▪ Les demandes d'approvisionnement en ATPE et lait thérapeutiques sont faites auprès du service concerné. ▪ Les médicaments de routine sont en quantité suffisante. ▪ Les demandes d'approvisionnement en fournitures médicales sont faites auprès de l'organisme concerné. ▪ Les fiches de stock pour les fournitures de la PCMA sont remplies.

CONSEILS POUR LES SUPERVISEURS

- Des visites de supervision sont faites pour aider les agents de santé à améliorer leur performance. Ces visites s'inscrivent dans le cadre de la stratégie de renforcement des capacités et de la motivation du personnel.

- La meilleure manière de déterminer si un agent de santé fait bien son travail est de l'observer alors qu'il réalise ses tâches professionnelles. Cette observation doit être suivie par une discussion de ce qui a été observé et une étude des données recueillies et notées par le superviseur sur les formulaires de suivi (grille de supervision).

- Les visites de supervision sont le meilleur moment pour mettre à jour les domaines dans lesquels les agents de santé peuvent améliorer leur travail avant la prochaine visite de supervision.

- On doit féliciter les gens pour ce qu'ils ont bien fait car cela les motive à continuer à faire un bon travail.

- Si l'agent de santé doit améliorer sa performance ou tel geste médical, le superviseur commence par lui montrer comment il faut l'exécuter correctement. Ensuite il lui demande de répéter ce geste pendant qu'il l'observe.

- Si l'agent de santé doit améliorer plusieurs domaines avant la prochaine visite de supervision, le superviseur lui demande de se concentrer d'abord sur le domaine qui fera le plus de différence dans son travail s'il l'améliore. Le superviseur se tournera vers les domaines moins importants une fois que l'agent de santé maîtrise le domaine prioritaire.

GRILLE DE VÉRIFICATION GUIDANT LA VISITE DE SOUTIEN ET DE SUPERVISION

Lors de cette visite de supervision organisée à l'avance, le superviseur ou le moniteur :

- Demande poliment s'il peut accompagner les agents de santé lors de leurs activités

- Observe la performance professionnelle des agents de santé

- Reste à l'écart pendant les activités et n'interfère pas. Il ne donne un feedback que lorsque les agents de santé ont fini leur travail.

- Discute de la performance professionnelle des agents de santé en privé.

- Donne du feedback aux agents de santé.

- Félicite les agents de santé pour ce qu'ils ont bien fait, les motivant ainsi à continuer sur cette bonne voie.

- Aide les agents de santé à relever les domaines où ils doivent améliorer leur performance.

- Montre aux agents de santé ce qui fonctionne bien, d'après son expérience, et lui donne la chance d'essayer alors qu'il l'observe

- Joue le rôle du tuteur

- Fixe une visite de supervision de suivi

DOCUMENT 8.12
Grille de soutien et de supervision de la PEC MAS ambulatoire (exemple)

Etablissement de santé :_____
Date:_____

	Total observé	Total correct	Observa-tion directe sur le site	Qualité 1 – Fait correctement 2 – Fait mais doit améliorer 3 – Pas fait/incorrect			**Commen-taires**
Nombre des agents de santé (personnel) et bénévoles présents							*Personnel de santé:* *Bénévoles:*
Personnel salue chaleureusement les mères ou les accompagnant(e)s de l'enfant	_____	_____					
Les numéros d'inscription sont assignés correctement	Total des nouvelles admissions le mois passé__						
Numéros d'inscription marqués sur tous les documents							
Degré des œdèmes bilatéraux mesuré correctement	Total des contrôles des œdèmes bilatéraux observés___						
Périmètre brachial (PB) mesuré correctement	Total des contrôles du PB observés__						
Poids mesuré correctement	Total des pesées observées___						
Taille mesurée correctement	Total des mesures observées___						
Classification rapport P/T faite correctement	Total P/T contrôlés___						
Admission en fonction du critère correct	Total des fiches de suivi vérifiées___						(Contrôle ponctuel)
Anamnèse notée correctement	Total des anamnèses observées____						
Examen physique fait et noté correctement	Total des fiches de suivi vérifiées___	Total avec examen complet____					(Vérifier fiches)
Test de l'appétit fait avec l'aliment thérapeutique prêt à l'emploi (ATPE), au moment de l'admission et lors des séances de suivi de la PEC MAS ambulatoire							Comment et qui a fait le test ?
Médicaments de routine donnés et notés exactement	Total des fiches de suivi vérifiées___	Total avec médicament corrects__					

Quantité de l'ATPE nécessaire est calculée correctement	Total des fiches de suivi et de rations vérifiées____						
Education appropriée donnée aux mères ou accompagnant(e)s des enfants							Notez thème et forme :
Médicaments donnés en fonction du protocole et notés correctement	Total des fiches de suivi vérifiées___						
Les fiches de rations de l'ATPE remplies correctement	Total des fiches de suivi vérifiées ____						(Contrôle ponctuel)
Ceux qui répondent lentement sont identifiés selon les critères pour visites de suivi à domicile et sont communiqués aux agents d'extension	Total des cas à risque ayant besoin d'une visite de suivi à domicile le mois passé___	Total					
Visites prioritaires de suivi à domicile discutées avec les agents d'extension communautaires, liste avec les noms/fiches marquées							
Sortie de traitement selon le protocole	Total des fiches de suivi vérifiées ___						
Nombre correct d'absents/abandons identifiés pour les visites de suivi à domicile	Nombre total des absents/abandons en fonction des fiches de suivi	Total avec résultat noté___					
Fiches de pointage, rapports mensuels et fiches de stock remplies correctement	Total semaines revues____						(Contrôle ponctuel)

DOCUMENT 8.13
Grille de soutien et de supervision de l'extension communautaire (Exemple)

Question/problème	***Pourquoi ?***
Coordination de l'extension	
Quelqu'un dans la structure sanitaire est-il responsable de gérer/coordonner les activités d'extension communautaire ?	*L'extension n'est pas délimitée aussi clairement et n'a pas l'aspect plus prestigieux du travail clinique et il faut parfois rappeler aux responsables d'une structure de santé et au personnel médical que l'extension fait également partie de la PCMA.*
Est-ce que le travail de l'agent d'extension a été défini clairement, dans sa gamme de responsabilités et niveau d'effort ?	*Les agents d'extension sont parfois recrutés avant que le volume de travail ne soit défini.*
Est-ce que les agents d'extension se rencontrent périodiquement (une fois par mois, une fois par trimestre) avec le responsable des activités d'extension communautaire?	*Des réunions de supervision aideront à motiver les agents d'extension, surtout s'ils ne sont pas rémunérés.*
En général, est-ce que les agents d'extension pensent qu'ils reçoivent l'information et le soutien dont ils ont besoin du coordinateur de l'extension ?	*Les réunions de supervision doivent être l'occasion d'une communication allant dans les deux sens, elles ne servent pas simplement à donner des instructions.*
Est-ce que le coordinateur de l'extension communautaire semble bien connaître les données de base de la PCMA (admissions, cas à risque)?	*Le coordinateur de l'extension devrait interpréter ces données pour ajuster les méthodes et priorités de l'extension.*
Est-ce que le coordinateur de l'extension communautaire dispose d'un mécanisme lui permettant de discuter des problèmes ou questions au niveau des dirigeants influents de la communauté ? Utilise-t-il ce mécanisme ou moyen de communication ?	*Impossible de régler tous les problèmes par la seule discussion entre le coordinateur de l'extension et les agents d'extension. Des problèmes comme les abandons et les barrières à l'accès et la fréquentation de la PCMA demanderont qu'on engage également les dirigeants influents de la communauté, les mères ou les accompagnant(e)s des enfants et autres parties concernées.*
Dépistage	
Quels sont les types de dépistage qui sont utilisés au niveau local ? Ceux-ci, sont-ils bien adaptés ?	*La PCMA devra peut-être changer de méthodes de dépistage pour mieux s'adapter au changement des niveaux de malnutrition aiguë sévère (MAS) ou des niveaux de sensibilisation communautaire.*
Dans quelle mesure les agents d'extension sont-ils actifs pour le dépistage? Ce niveau est-il suffisant et adapté à la prévalence de la MAS ?	*Un dépistage actif ne devrait pas être fréquent au point de déranger les gens mais il ne doit pas non plus être abandonné pendant trop longtemps. Lorsque la prévalence de la MAS est élevée et que la sensibilisation à la MAS est encore faible, des dépistages mensuels sont probablement indiqués.*

Visites de suivi à domicile

La responsabilité des visites de suivi à domicile est-elle clairement désignée et acceptée dans toutes les parties de l'aire couverte par la structure sanitaire ?	*Le suivi risque d'être interrompu si on ne nomme pas à l'avance un responsable de ces visites à domicile dans tel endroit donné.*
Est-ce que les enfants absents ou abandons sont suivis à leur domicile ?	*Même si les responsabilités sont déterminées clairement, le suivi n'est pas toujours donné. Il faut en comprendre les raisons et changer la situation.*
Que pensent les agents d'extension et les membres communautaires de la valeur de ces visites ?	*Les agents d'extension qui font ces visites à domicile auront parfois besoin d'une formation supplémentaire sur les bonnes manières de conseiller et de négocier avec les familles.*

DOCUMENT 8.14
Directives pour les rapports de la PCMA

RAPPORTS MENSUELS DU SITE PCMA OU DE LA PCMA COMBINEE AU NIVEAU DU DISTRICT

Le rapport mensuel (par site, district ou à l'échelle nationale) présente l'information quantitative sur la performance de la PCMA (indicateurs clés de la performance). Il dégage l'information de base pour suivre l'efficacité de la PCMA.

RAPPORT SUR LA PERFORMANCE DE LA PCMA

Le rapport mensuel, trimestriel ou annuel présente des informations quantitatives et qualitatives clés. Il fait une analyse complète de l'information dans plusieurs domaines essentiels. Le rapport devrait comprendre :

Général

- Auteur du rapport
- Date et période du rapport
- Aire sanitaire (Zone géographique) couverte et sa population
- Nom des structures sanitaires avec sites PEC MAS ambulatoire et/ou PEC MAS hospitalière
- Date de démarrage de la PCMA

Indicateurs de la performance et de l'effet (résultat) pour la PCMA aux sites PEC MAS hospitalière et PEC MAS ambulatoire et PEC MAM, par période envisagée :

- Nombre des nouvelles admissions
- Nombre des sorties
- Nombre de bénéficiaires en traitement
- Nombre et pourcentage de guéris
- Nombre et pourcentage de décédés
- Nombre et pourcentage d'abandons
- Nombre et pourcentage de non récupérés
- Nombre de références vers la PEC MAS hospitalière
- Nombre admis par référence de l'agent d'extension communautaire
- Nombre de sites
- Nombre de nouveaux sites ajoutés
- Nombre des agents de santé formés (responsables des établissements, cliniciens, agents de santé communautaire [ASC]) et bénévoles

Graphiques

- Graphique avec tendances des indicateurs clés de la performance et de l'effet (voir exemple ci-après):
    - <u>Barres</u> (colonnes sous Excel) avec nouvelles admissions, sorties, bénéficiaires en traitement
    - <u>Courbe</u> pour les taux de guérissons, de décès, d'abandons et de non récupération
- Graphique pour la durée de séjour mensuelle moyenne (DSM) et le gain de poids moyen quotidien (GPM) par catégorie de critères d'admission
- Graphique à secteurs avec distribution des critères d'admission
- Graphique à secteurs avec distribution des catégories de sortie (voir figure de l'exemple ci-dessous)

Dossiers des décès : Date, sexe, âge, cause indiquée du décès, DSM dans la PCMA

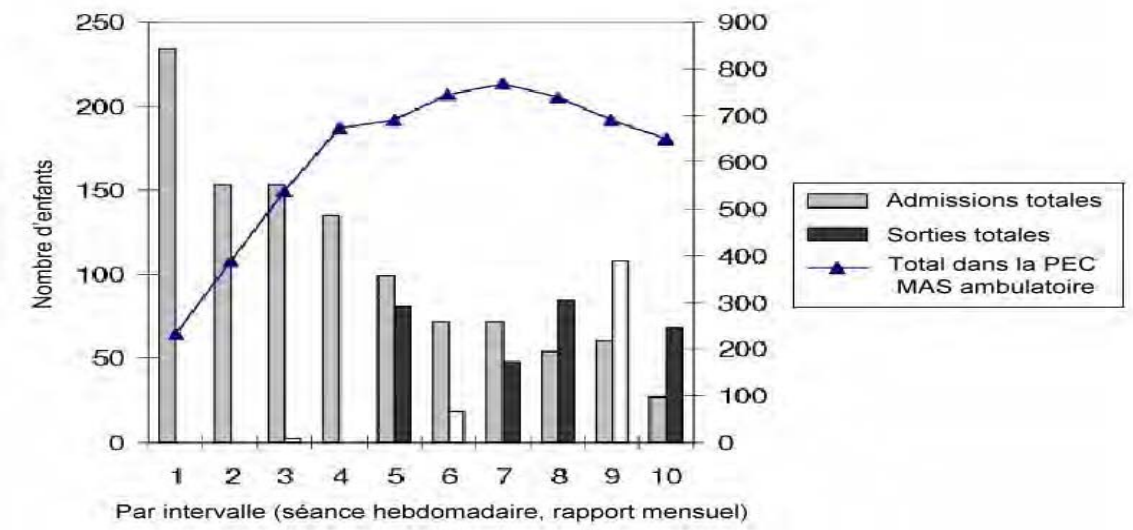
Dossiers des abandons : Date, sexe, âge, raison notée/soupçonnée de l'abandon, DSM dans la PCMA

Interprétation des progrès en général

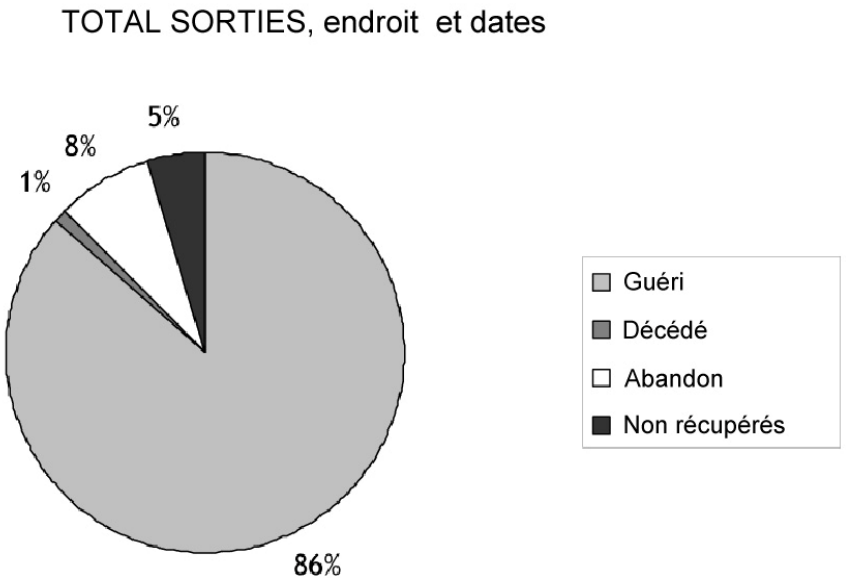
- Interpréter les résultats de la performance et de la couverture et toute information qualitative qui a été obtenue des réunions communautaires, des groupes de discussion etc. et ensuite trianguler l'information.
- Discuter des obstacles, des opportunités et des leçons retenues ainsi que des réussites.

EXEMPLES DE GRAPHIQUES

Graphique 1. Nombre d'admissions, de sorties et traitements en PCMA par région et période de temps



Graphique 2. Catégories de sortie de la PCMA par région et période de temps



EXERCICE 8.1 (a)
Fiche de pointage pour la PEC MAS ambulatoire

FICHE DE POINTAGE DE LA PCMA – PEC MAS

NOM DE LA STRUCTURE SANITAIRE					
DISTRICT					
SITE PEC MAS	Ambulatoire		Hospitalière		
Semaine					**TOTAL**
Date					
Nombre total au début de la semaine (A)					
Nouveaux cas Enfants 6-59 m avec œdèmes bilatéraux (B1a)					
Nouveaux cas Enfants 6-59 m avec émaciation (B1b)					
Nouveaux cas Autres : nourrissons, enfants ≥5 ans, adolescents, adultes (B2)					
Anciens cas : Référés ou abandons revenus (C)					
Nombre des admissions totales (D=B+C)					
Guéris Enfants 6-59 mois (E1)					
Décédés Enfants 6-59 mois (E2)					
Abandons Enfants 6-59 mois (E3)					
Non récupérés Enfants 6-59 mois (E4)					
Référés vers la PEC MAS hospitalière ou ambulatoire (F)					
Nombre total de sorties (E)					
Nombre total de départs (G=E + F)					
Nombre total fin de la semaine (H=A+D-G)					

Remarque : si le nombre de personnes dans les autres groupes d'âge avec MAS est élevé, il est recommandé de rapporter séparément par groupe d'âge

EXERCICE 8.1 (b)
Rapport mensuel du site PEC MAS ambulatoire

Site		**Partenaire d'exécution**	
Communauté		**Fait Par**	*MS* *Autre:*
District		**Mois / Année**	
Etat/Région		**Type de Prise en Charge**	*PEC MAS hospitalière* *PEC MAS ambulatoire*
ATPE distribué		**Population Cible Estimée Enfants 6-59 mois**	*(WFH <-3 Z-Score)* *(PB <115 Mm)* (œdèmes)

TOTAL AU DÉBUT DU MOIS (A)	NOUVEAUX CAS (B)		ANCIENS CAS (C)	ADMISSIONS TOTALES (D)	SORTIES FIN DE TRAITEMENT ENFANTS 6-59 MOIS** (E)				RÉFÉRÉS (F)	TOTAL DÉPARTS (G)	TOTAL FIN DU MOIS (H)
	Enfants 6-59 M (B1)	**Autres (< 6 mois, enfants > 5 ans, adolescents, adultes)** (B2)	**Référés, Revenus**	(B+C=D)	**Guéris** (E1)	**Décédés** (E2)	**Abandons** (E3)	**Non Récupérés** (E4)		(E+F=G)	(A+D-G=H)
				Enfants 6-59 Mois	% **E1/E*100**	% **E2/E*100**	% **E3/E*100**	% **E4/E*100**			
				CIBLES Normes Sphère	>75%	-	<15%				

E1: Sorti Guéri = Atteint les critères de sortie s
E2: Sorti Décédé = Décédé en traitement
E3: Sorti Abandon = Absent pendant 3 visites consécutives en soins ambulatoires/2 jours en soins hospitaliers
E4: Sorti Non- Guéri = N'as pas atteint les critères de sortie après quatre mois dans les soins ambulatoires/après deux mois dans les soins hospitaliers.

GENRE NOUVELLES ADMISSIONS enfants 6-59 mois	
Mâle	
Femelle	

EXERCICE 8.2
Remplir la fiche de pointage et le rapport mensuel du site

L'organisation est supposée être un site de soins ambulatoire dans le centre de santé Yirba du district de Boricha/*Southern Nations, Nationalities and People's Region* (SNNPR) en Ethiopie. Six fiches individuelles de suivi de la PEC MAS ambulatoire sont remplies dans les deux premières semaines d'admission au site PEC MAS ambulatoire de Yirba.

DOCUMENT À DISTRIBUER

- Les fiches individuelles de suivi PEC MAS ambulatoire pour six enfants du site de Yirba
- La fiche de pointage de la PEC MAS ambulatoire de Yirba
- Rapport mensuel de Yirba

INSTRUCTIONS

Passez en revue les fiches individuellesde suivi de la PEC MAS ambulatoire et le texte ci-dessous et remplissez la fiche pour le compte de chaque semaine.

Mode d'admission au site PEC MAS ambulatoire de Yirba :

- Première semaine : Trois enfants avec un PB < 115 mm ont été admis à la PCMA. Les fiches individuelles de suivi PEC MAS ambulatoire pour les trois enfants sont jointes.

- Deuxième semaine : Deux enfants ont été admis, l'un avec des œdèmes bilatéraux degré +++ et l'autre avec un rapport P/T < -3 z-score. Les fiches individuelles de suivi PEC MAS ambulatoire pour les deux sont jointes.

- Troisième semaine : Deux enfants ont été admis, l'un avec des œdèmes bilatéraux, degré ++ et l'autre avec un PB < 115 mm. Une fiche individuelle de suivi en PEC MAS ambulatoire pour l'enfant avec des œdèmes bilatéraux est jointe. L'autre fiche n'est pas disponible.

- Quatrième semaine : Cinq enfants qui n'ont pas de fiche individuelle de suivi PEC MAS ambulatoire ont été admis : trois avec un PB < 115 mm, un avec un rapport P/T< -3 z-score de la médiane et l'autre venant de la PEC MAS hospitalière.

PREMIÈRE SEMAINE : FICHE DE SUIVI PEC MAS AMBULATOIRE

CAS 1 DÉTAILS DE L'ADMISSION

Nom	Neway Mefin			**Numéro d'inscription**	YRB / 001 / OUTP
Age (mois)	24 m	**Sexe**	M F	**Date d'admission**	04/10/2007
Communauté, District	Boricha, Yirba			**Temps pour se rendre au site**	1 heure
Détails familiaux			**Père vivant** Oui Non	**Mère vivante**	Oui Non
Nom de la mère ou de l'accompagnant(e)			**Nombre total dans le ménage** 5	**Jumeau/elle**	Oui Non
Admission (entourez)	Auto référence	**Référence d'extension communautaire**	**Référence PEC MAS hospitalière**	**Réadmission (rechute)**	Oui Non

ANTHROPOMÉTRIE AU MOMENT DE L'ADMISSION

PB (mm)	107	**Poids (kg)**	6.2	**Taille (cm)**	62	**P/T z-score**	95
Critères d'admission	Œdèmes bilatéraux	PB < 115 mm	P/T < - 3 z-score	Autre, a spécifier		**poids cible (kg) base sur 15% de gain de poids (sans œdème)**	

ANTÉCÉDENTS

Diarrhée	Oui	Non		**# Selles/Jour**	1-3	4-5	>5
Vomissements	Oui	Non		**Urine**	Oui	Non	
Toux	Oui	Non		**Si œdèmes bilatéraux, depuis combien de temps?**			
Appétit	Bon	Peu	Pas	**Allaitement maternel**	Oui	Non	
Information supplémentaire							

EXAMEN PHYSIQUE

Test d'appétit	Réussi	Echoué						
Fréquence respiratoire *(# min)*	<30	30 – 39	40 - 49	50-59	60 +	**Tirage intercostal**	Oui	Non
Température	38.2°C					**Conjonctives**	Normales	Pâles
Yeux	Normaux	Enfoncés	Écoulement	Conjonctivite/ cornée		**Déshydratation**	Aucune	Modérée	Grave
Oreilles	Normaux	Écoulement				**Bouche**	Normale	Plaies	Candidose
Ganglions lymphatiques élargis	Aucun	Cou	Aisselles	Aine		**Mains et pieds**	Normaux	Froids
Changements de la peau	Aucun	Gale	Pèle	Ulcères / Abcès		**Infirmités**	Oui	Non
Information supplémentaire								

MÉDICAMENT DE ROUTINE À L'ADMISSION

ADMISSION: **Amoxycilline**	Posologie:	Date: 4/10/2007	**Test diagnostic du paludisme**	Positif Négatif Date:
Deuxième semaine: **Antihelminthique**	Oui	Non	**Symptômes du paludisme**	Oui Non
Quatrième semaine: **Vaccinations contre la rougeole**	Oui	Non	**Traitement du paludisme**	Médicament /Posologie: Date:
Vitamine A	Oui	Non	**Schéma de vaccination complét**	Oui Non

AUTRE MÉDICAMENT

Médicament	*Date*	*Posologie*	*Médicament*	*Date*	*Posologie*

PREMIÈRE SEMAINE : FICHE DE SUIVI PEC MAS AMBULATOIRE

CAS 2 DÉTAILS DE L'ADMISSION

Nom	Yohannes Solomon					**Numéro d'inscription**	YRB /002/OUTP	
Age (mois)	16	**Sexe**	M	F		**Date d'admission**	04/10/2007	
Communauté, District		Boricha, Yirba				**Temps pour se rendre au site**	2.5 heures	
Détails familiaux					**Père vivant**	Oui	Non	**Mère vivante** Oui Non
Nom de la mère ou de l'accompagnant(e)				**Nombre total dans le ménage**	6			**Jumeau/elle** Oui Non
Admission (entourez)	**Auto référence**	**Référence d'extension communautaire**		**Référence PEC MAS hospitalière**				**Réadmission (rechute)** Oui Non

ANTHROPOMÉTRIE AU MOMENT DE L'ADMISSION

PB (mm)	**102**	**Poids (kg)**	**7.5**	**Taille (cm)**	**68**	**P/T z-score**	**95**
Critères d'admission	Œdèmes bilatéraux	PB < 115 mm	P/T < - 3 z-score	Autre, a spécifier		**Poids cible (kg) base sur 15% de gain de poids (sans œdème)**	

ANTÉCÉDENTS

Diarrhée	Oui	Non			**# Selles/Jour**	1-3	4-5	>5
Vomissements	Oui	Non			**Urine**	Oui	Non	
Toux	Oui	Non			**Si œdèmes bilatéraux, depuis combien de temps?**			
Appétit	Bon	Peu	Pas		**Allaitement maternel**	Oui	Non	
Information supplémentaire								

EXAMEN PHYSIQUE

Test d'appétit	Réussi	Echoué							
Fréquence respiratoire *(# min)*	<30	30 – 39	40 - 49	50-59	60 +	**Tirage intercostal**	Oui	Non	
Température	37.6					**Conjonctives**	Normales	Pâles	
Yeux	Normaux	Enfoncés	Écoulement	Conjonctivite/ cornée		**Déshydratation**	Aucune	Modérée	Grave
Oreilles	Normaux	Écoulement				**Bouche**	Normale	Plaies	Candidose
Ganglions lymphatiques élargis	Aucun	Cou	Aisselles	Aine		**Mains et pieds**	Normaux	Froids	
Changements de la peau	Aucun	Gale	Pèle	Ulcères / Abcès		**Infirmités**	Oui	Non	
Information supplémentaire									

MÉDICAMENT DE ROUTINE À L'ADMISSION

ADMISSION: **Amoxycilline**	Posologie:	Date: 4/10/2007		**Test diagnostic du paludisme**	Positif	Négatif	Date:
Deuxième semaine: Antihelminthique	Oui	Non		**Symptômes du paludisme**	Oui	Non	
Quatrième semaine: Vaccinations contre la rougeole	Oui	Non		**Traitement du paludisme**	Médicament /Posologie:		Date:
Vitamine A	Oui	Non		**Schéma de vaccination complété**	Oui	Non	

AUTRE MÉDICAMENT

Médicament	*Date*	*Posologie*	*Médicament*	*Date*	*Posologie*

EXERCICE 8.2

PREMIÈRE SEMAINE : FICHE DE SUIVI PEC MAS AMBULATOIRE

CAS 3 DÉTAILS DE L'ADMISSION

Nom	Abaynesh Mengistu						**Numéro d'inscription**	YRB/ 003 /OUTP	
Age (mois)	18	**Sexe**	M (F)				**Date d'admission**	4/10/2007	
Communauté, District		**Boricha, Yirba**					**Temps pour se rendre au site**	3 heures	
Détails familiaux					**Père vivant**	Oui Non	**Mère vivante**	Oui	Non
Nom de la mère ou de l'accompagnant(e)				**Nombre total dans le ménage**		**5**	**Jumeau/elle**	Oui	(Non)
Admission (entourez)	(Auto référence)	**Référence d'extension communautaire**		**Référence PEC MAS hospitalière**			**Réadmission (rechute)**	Oui	Non

ANTHROPOMÉTRIE AU MOMENT DE L'ADMISSION

PB (mm)	**98**	**Poids (kg)**	**7.5**	**Taille (cm)**	**72**	**P/T z-score**	**83**
Critères d'admission	Œdèmes bilatéraux	(PB < 115 mm)	P/T < - 3 z-score	Autre, a spécifier		**Poids cible (kg) base sur 15% de gain de poids (sans œdème)**	

ANTÉCÉDENTS

Diarrhée	Oui	(Non)			**# Selles/Jour**	1-3	(4-5)	>5
Vomissements	Oui	(Non)			**Urine**	(Oui)	Non	
Toux	Oui	(Non)		**Si œdèmes bilatéraux, depuis combien de temps?**				
Appétit	Bon	(Peu)	Pas		**Allaitement maternel**	Oui	(Non)	
Information supplémentaire								

EXAMEN PHYSIQUE

Test d'appétit	Réussi	Echoué							
Fréquence respiratoire *(# min)*	<30	(30 – 39)	40 - 49	50-59	60 +	**Tirage intercostal**	Oui	(Non)	
Température	37.2					**Conjonctives**	(Normales)	Pâles	
Yeux	Normaux	Enfoncés	Écoulement	Conjonctivite/ cornée		**Déshydratation**	(Aucune)	Modérée	Grave
Oreilles	Normaux	Écoulement				**Bouche**	(Normale)	Plaies	Candidose
Ganglions lymphatiques élargis	Aucun	Cou	Aisselles	Aine		**Mains et pieds**	(Normaux)	Froids	
Changements de la peau	Aucun	Gale	Pèle	Ulcères / Abcès		**Infirmités**	Oui	(Non)	
Information supplémentaire									

MÉDICAMENT DE ROUTINE À L'ADMISSION

ADMISSION: Amoxycilline	Posologie:	Date: 4/10/2007		**Test diagnostic du paludisme**	Positif	Négatif	Date:
Deuxième semaine: Antihelminthique	Oui	Non		**Symptômes du paludisme**	Oui	Non	
Quatrième semaine: Vaccinations contre la rougeole	Oui	Non		**Traitement du paludisme**	Médicament /Posologie:		Date:
Vitamine A	(Oui)	Non		**Schéma de vaccination complété**	Oui	Non	

AUTRE MÉDICAMENT

Médicament	*Date*	*Posologie*	*Médicament*	*Date*	*Posologie*

DEUXIÈME SEMAINE : FICHE DE SUIVI PEC MAS AMBULATOIRE

CAS 4 DÉTAILS DE L'ADMISSION

Nom	Meskerem Tena			**Numéro d'inscription**	YRB/ 004 /OUTP
Age (mois)	23	**Sexe**	M (F)	**Date d'admission**	04/17/2007
Communauté, District	Boricha, Yirba			**Temps pour se rendre au site**	3.5 heures
Détails familiaux			**Père vivant** Oui Non	**Mère vivante**	Oui Non
Nom de la mère ou de l'accompagnant(e)			**Nombre total dans le ménage** 6	**Jumeau/elle**	Oui (Non)
Admission (entourez)	(Auto référence)	**Référence d'extension communautaire**	**Référence PEC MAS hospitalière**	**Réadmission (rechute)**	Oui Non

ANTHROPOMÉTRIE AU MOMENT DE L'ADMISSION

PB (mm)	**114**	**Poids (kg)**	**8.4**	**Taille (cm)**	**78.2**	**P/T z-score**	**80.7**
Critères d'admission	Œdèmes bilatéraux	PB < 115 mm	P/T < - 3 z-score	Autre, a spécifier		**Poids cible (kg) basé sur 15% du gain de poids (sans œdème)**	

ANTÉCÉDENTS

Diarrhée	Oui	(Non)		**# Selles/Jour**	1-3	(4-5 >5)
Vomissements	Oui	(Non)		**Urine**	(Oui)	Non
Toux	Oui	(Non)		**Si œdèmes bilatéraux, depuis combien de temps?**		
Appétit	Bon	(Peu)	Pas	**Allaitement maternel**	Oui	(Non)
Information supplémentaire						

EXAMEN PHYSIQUE

Test d'appétit	Réussi	Echoué						
Fréquence respiratoire *(# min)*	<30	(30 – 39)	40 - 49	50-59	60 +	**Tirage intercostal**	Oui	(Non)
Température	37.8					**Conjonctives**	(Normales)	Pâles
Yeux	(Normaux)	Enfoncés	Écoulement	Conjonctivite/ cornée		**Déshydratation**	(Aucune)	Modérée	Grave
Oreilles	(Normaux)	Écoulement				**Bouche**	(Normale)	Plaies	Candidose
Ganglions lymphatiques élargis	(Aucun)	Cou	Aisselles	Aine		**Mains et pieds**	(Normaux)	Froids
Changements de la peau	(Aucun)	Gale	Pèle	Ulcères / Abcès		**Infirmités**	Oui	(Non)
Information supplémentaire								

MÉDICAMENT DE ROUTINE À L'ADMISSION

ADMISSION: **Amoxycilline**	Posologie:	Date: 4/10/2004		**Test diagnostic du paludisme**	Positif	Négatif	Date:
Deuxième semaine: Antihelminthique	Oui	Non		**Symptômes du paludisme**	Oui	Non	
Quatrième semaine: Vaccinations contre la rougeole	Oui	Non		**Traitement du paludisme**	Médicament /Posologie:		Date:
Vitamine A	(Oui)	Non		**Schéma de vaccination complété**	Oui	Non	

AUTRE MÉDICAMENT

Médicament	*Date*	*Posologie*	*Médicament*	*Date*	*Posologie*

DEUXIÈME SEMAINE : FICHE DE SUIVI PEC MAS AMBULATOIRE

CAS 5 DÉTAILS DE L'ADMISSION

Nom	Taye Menberu			**Numéro d'inscription**	YRB / 005 /OUTP
Age (mois)	14	**Sexe**	M F	**Date d'admission**	04/17/2007
Communauté, District	**Boricha, Yirba**			**Temps pour se rendre au site**	1.5 heures
Détails familiaux			**Père vivant**	Oui Non	**Mère vivante** Oui Non
Nom de la mère ou de l'accompagnant(e)			**Nombre total dans le ménage**	**3**	**Jumeau/elle** Oui Non
Admission (entourez)	**Auto référence**	**Référence d'extension communautaire**	**Référence PEC MAS hospitalière**		**Réadmission (rechute)** Oui Non

ANTHROPOMÉTRIE AU MOMENT DE L'ADMISSION

PB (mm)	**110**	**Poids (kg)**	**5.2**	**Taille (cm)**	**37.3**	**P/T z-score**	**66.6**
Critères d'admission	Œdèmes bilatéraux	PB < 115 mm	P/T < - 3 z-score	Autre, a spécifier		**Poids cible (kg) base sur 15% du gain de poids (sans œdème)**	

ANTÉCÉDENTS

Diarrhée	Oui	Non			**# Selles/Jour**	1-3 4-5 >5
Vomissements	Oui	Non			**Urine**	Oui Non
Toux	Oui	Non			**Si œdèmes bilatéraux, depuis combien de temps?**	
Appétit	Bon	Peu	Pas		**Allaitement maternel**	Oui Non
Information supplémentaire						

EXAMEN PHYSIQUE

Test d'appétit	Réussi	Echoué						
Fréquence respiratoire *(# min)*	<30	30 – 39	40 - 49	50-59	60 +	**Tirage intercostal**	Oui	Non
Température	37.8					**Conjonctives**	Normales	Pâles
Yeux	Normaux	Enfoncés	Écoulement	Conjonctivite/ cornée		**Déshydratation**	Aucune	Modérée Grave
Oreilles	Normaux	Écoulement				**Bouche**	Normale	Plaies Candidose
Ganglions lymphatiques élargis	Aucun	Cou	Aisselles	Aine		**Mains et pieds**	Normaux	Froids
Changements de la peau	Aucun	Gale	Pèle	Ulcères / Abcès		**Infirmités**	Oui	Non
Information supplémentaire								

MÉDICAMENT DE ROUTINE À L'ADMISSION

ADMISSION: **Amoxycilline**	Posologie:	Date: 4/17/2010	**Test diagnostic du paludisme**	Positif	Négatif	Date:
Deuxième semaine: **Antihelminthique**	Oui	Non	**Symptômes du paludisme**	Oui	Non	
Quatrième semaine: **Vaccinations contre la rougeole**	Oui	Non	**Traitement du paludisme**	Médicament /Posologie:		Date:
Vitamine A	Oui	Non	**Schéma de vaccination complété**	Oui	Non	

AUTRE MÉDICAMENT

Médicament	*Date*	*Posologie*	*Médicament*	*Date*	*Posologie*

TROISIÈME SEMAINE : FICHE DE SUIVI PEC MAS AMBULATOIRE

CAS 6 DÉTAILS DE L'ADMISSION

Nom	Lemlem Bezabih					**Numéro d'inscription**	YRB/ 006 /OUTP	
Age (mois)	18	**Sexe**	M	F		**Date d'admission**	4/21/2007	
Communauté, District		Boricha, Yirba				**Temps pour se rendre au site**	3 heures	
Détails familiaux					**Père vivant**	Oui	Non	**Mère vivante** Oui Non
Nom de la mère ou de l'accompagnant(e)				**Nombre total dans le ménage**		4	**Jumeau/elle**	Oui Non
Admission (entourez)	**Auto référence**	**Référence d'extension communautaire**		**Référence PEC MAS hospitalière**			**Réadmission (rechute)**	Oui Non

ANTHROPOMÉTRIE AU MOMENT DE L'ADMISSION

PB (mm)	**113**	**Poids (kg)**	**7.5**	**Taille (cm)**	**72**	**P/T z-score**	**83**
Critères d'admission	Œdèmes bilatéraux	PB < 115 mm	P/T < - 3 z-score	Autre, a spécifier		**Poids cible (kg) basé sur 15% du gain de poids (sans œdème)**	

ANTÉCÉDENTS

Diarrhée	Oui	Non			**# Selles/Jour**	1-3	4-5 >5
Vomissements	Oui	Non			**Urine**	Oui	Non
Toux	Oui	Non		**Si œdèmes bilatéraux, depuis combien de temps?**			
Appétit	Bon	Peu	Pas		**Allaitement maternel**	Oui	Non
Information supplémentaire							

EXAMEN PHYSIQUE

Test d'appétit	Réussi	Echoué						
Fréquence respiratoire *(# min)*	<30	30 – 39	40 - 49	50-59	60 +	**Tirage intercostal**	Oui	Non
Température	38					**Conjonctives**	Normales	Pâles
Yeux	Normaux	Enfoncés	Écoulement	Conjonctivite/ cornée		**Déshydratation**	Aucune	Modérée Grave
Oreilles	Normaux	Écoulement				**Bouche**	Normale	Plaies Candidose
Ganglions lymphatiques élargis	Aucun	Cou	Aisselles	Aine		**Mains et pieds**	Normaux	Froids
Changements de la peau	Aucun	Gale	Pèle	Ulcères / Abcès		**Infirmités**	Oui	Non
Information supplémentaire								

MÉDICAMENT DE ROUTINE À L'ADMISSION

ADMISSION: **Amoxycilline**	Posologie:	Date: 04/17/2010		**Test diagnostic du paludisme**	Positif	Négatif	Date:
Deuxième semaine: **Antihelminthique**	Oui	Non		**Symptômes du paludisme**	Oui	Non	
Quatrième semaine: **Vaccinations contre la rougeole**	Oui	Non		**Traitement du paludisme**	Médicament /Posologie:		Date:
Vitamine A	Oui	Non		**Schéma de vaccination complété**	Oui	Non	

AUTRE MÉDICAMENT

Médicament	*Date*	*Posologie*	*Médicament*	*Date*	*Posologie*

EXERCICE 8.4
Analyse des rapports mensuels des trois sites PEC MAS ambulatoire et d'un site PEC MAS hospitalière

SITE PEC MAS AMBULATOIRE A

Total début du mois (A)	Nouveaux cas (B)		Anciens cas (C)	ADMISSIONS TOTALES (D) (B+C=D)	Sorties (E)				RÉFÉRÉS (F)	DÉ PARTS (G)	Total fin du mois (H)
	6-59m (B1)	Autres (B2)			GUÉRIS (E1)	DÉCÉDÉS (E2)	ABANDONS (E3)	NON RÉCUPÉRÉS (E4)			
50	**48**	**0**	**4+1**	**49**	**30**	**3**	**6**	**9**			
Information supplémentaire :	Emacié, 41 Œdèmes bilatéraux 7				**62.5%**	**6.3%**	**12.5%**	**18.8%**			
				Normes Sphère	**>75%**	**<10%**	**<15%**				

SITE PEC MAS AMBULATOIRE B

Total début du mois (A)	Nouveaux cas (B)		Anciens cas (C)	ADMISSIONS TOTALES (D) (B+C=D)	Sorties (E)				RÉFÉRÉS (F)	DÉ PARTS (G)	Total fin du mois (H)
	6-59m (B1)	Autres (B2)			GUÉRIS (E1)	DÉCÉDÉS (E2)	ABANDONS (E3)	NON RECUPERES (E4)			
140	**120**	**0**	**7+7**	**134**	**79**	**1**	**15**	**7**			
Information supplémentaire :	Emaciés 90 Œdèmes bilatéraux 30				**77.5%**	**0.9%**	**14.7%**	**6.8%**			
				CIBLE Normes Sphère	**>75%**	**<10%**	**<15%**				

SITE PEC MAS AMBULATOIRE C

Total début du mois (A)	Nouveaux cas (B)		Anciens cas (C)	ADMISSIONS TOTALES (D) (B+C=D)	Sorties (E)				RÉFÉRÉS (F)	DÉ PARTS (G)	Total fin du mois (H)
	6-59m (B1)	Autres (B2)			GUÉRIS (E1)	DÉCÉDÉS (E2)	ABANDONS (E3)	NON RECUPERES (E4)			
40	59	0	3+4	66	40	0	4	6			
Information supplémen-taire :	Emaciés 27 Œdèmes bilatéraux 32				80.0%	0%	8.0%	12.0%			
				Normes Sphère	>75%	<10%	<15%				

SITE PEC MAS HOSPITALIÈRE D

Total début du mois (A)	Nouveaux cas (B)		Anciens cas (C)	ADMISSIONS TOTALES (D) (B+C=D)	Sorties (E)				RÉFÉRÉS (F)	DÉ PARTS (G)	Total fin du mois (H)
	6-59m (B1)	Autres (B2)			GUÉRIS (E1)	DÉCÉDÉS (E2)	ABANDONS (E3)	NON RECUPERES (E4)			
18	19	0	11+0	30	0	1	2	1	??		
Information supplémen-taire :	Emaciés 14 Œdèmes bilatéraux 5				--- %	--- %	---- %	---- %			
				Normes Sphère	>75%	<10%	<15%				

RAPPORT MENSUEL PCMA DU DISTRICT (PEC MAS COMBINÉE)

Total début du mois (A)	**Nouveaux cas (B)**		**ADMISSIONS TOTALES (D)**	**Sorties (E)**				**SORTIES (E)**	**Total fin du mois (H)** **(H=A+D-E)**
	6-59m **(B1)**	Autre **(B2)**		GUÉRIS (E1)	DÉCÉDÉS (E2)	ABANDONS (E3)	NON RÉCUPÉRÉS (E4)		
248	**246**	**0**	**246**	**149**	**5**	**27**	**23**	**204**	**290**
				73.0%	**2.5%**	**13.2%**	**11.3%**		
			Normes Sphère	**>75%**	**<10%**	**<15%**			

EXERCICE 8.4

ANALYSE DES RAPPORTS DE TROIS SITES PEC MAS AMBULATOIRE ET D'UN SITE PEC MAS HOSPITALIERE

Conclusions tirées des rapports	**Questions à poser ou exemples des explications possibles**
1. Le site B a plus de patients que les autres centres.	1. Est-ce normal? Est-ce qu'il couvre une région avec un grand nombre d'habitants ou une zone très vaste ? Quelles sont les distances à parcourir pour se rendre au site ? Ce site est-il gérable ? Est-ce qu'un second site pourrait être ouvert avec les ressources existantes ?
2. Au site C plus de la moitié des admissions sont pour des œdèmes bilatéraux.	2. Est-ce normal? Est-ce que les autres centres négligent ce diagnostic ? Ou au contraire, ce site fait-il un diagnostic excessif des œdèmes bilatéraux ? Ce centre se situe-t-il dans une région où l'économie alimentaire est différente ? La même observation a-t-elle été faite lors des mois précédents ou par d'autres enquêtes ?
3. Sur les 246 nouvelles admissions, 227 ont été admises directement dans la PEC MAS ambulatoire (92,3%) et 19 dans la PEC MAS hospitalière (7,7%).	3. Cela pourrait être un indicateur de l'efficacité du "dépistage précoce" et partant de la qualité de la mobilisation communautaire. Cela pourrait également indiquer que les enfants dont l'état est grave sont cachés à la maison et ne sont pas atteints.
4. Le site A ne réfère pas les patients vers la PEC MAS hospitalière.	4. Cela pourrait signifier qu'aucun cas ne nécessite un transfert, bien qu'il faille le vérifier par voie de supervision.
5. Les taux de décès et non guéris dans le site A sont très élevés pour de la PEC MAS ambulatoire.	5. Cela soulève des questions quant à la qualité de l'évaluation des cas dans ce site et à l'application des protocoles de traitement et d'action.
6. Le taux d'abandon au site B est très élevé et demande qu'on en détermine les raisons.	6. Peut-être que les mères ou les accompagnant(e)s des enfants ne reviennent pas car elles jugent que le temps d'attente est trop long ou que les distances à parcourir sont trop longues. Une visite au site s'avère nécessaire pour en déterminer les raisons.
7. Le taux des guéris au site C est bon mais le taux des non guéris soulève des questions.	7. Est-ce que c'est relié au nombre de cas avec des œdèmes bilatéraux, noté ci-dessus ? Peut-on enquêter cette situation ?
8. Dans l'ensemble, 211 enfants ont quitté la PEC MAS ambulatoire pendant ce mois, 200 parce qu'ils avaient terminé le traitement. Par contre, 11 ont été référés à nouveau vers la PEC MAS hospitalière, ce qui veut dire que l'état de 5,5% des enfants traités en PEC MAS ambulatoire s'est aggravé.	8. Pourquoi l'état des enfants s'aggrave dans la PEC MAS ambulatoire ? Suit-on les protocoles concernant les médicaments et l'ATPE ? Quels sont les messages d'éducation sanitaire et nutritionnelle communiqués aux mères ? Existe-t-il d'autres problèmes de santé sous-jacents qu'il faudrait traiter ?

9. 17 enfants ont été référés de la PEC MAS hospitalière vers la PEC MAS ambulatoire, et pourtant les sites PEC MAS ambulatoire n'ont admis que 14 enfants venant de la PEC MAS hospitalière. A noter que 11 patients ont été référés de la PEC MAS ambulatoire vers la PEC MAS hospitalière et que 11 admissions ont été enregistrées dans le rapport du site PEC MAS hospitalière comme étant référées de la part du site PEC MAS ambulatoire.

9. La différence entre les références venant de la PEC MAS hospitalière et les admissions à la PEC MAS ambulatoire pourrait être due à des problèmes dans le système d'inscription ou au fait que certains enfants référés ne se sont pas rendus au site PEC MAS ambulatoire. Cette observation demande que soit faite une supervision plus étroite du système d'inscription et de référence (par exemple, de l'utilisation des fiches de référence, des moyens de transport existants et des explications données à la mère ou l'accompagnant(e) de l'enfant au moment de la référence). A noter que les enfants qui ont été référés ont quitté le site ou bien ils ont étés traités là où ils ont été référés mais ils n'ont pas quitté la PCMA.

Le nombre compilé de cas en traitement dans le district est de 209, comptant 9 cas de moins que la somme dans le rapport individuel. Cette différence est due aux référés qui manquent et/ou sont en transit entre deux sites.

Remarque : Les taux de sortie ne sont pas calculés dans la PEC MAS hospitalière. Les enfants dont l'état s'améliore sont orientés vers la PEC MAS ambulatoire où ils continueront leur traitement jusqu'à leur guérison.

RÉFÉRENCE SUPPLÉMENTAIRE 8.1
Créer une base de données de la PCMA (sous Excel 2003)

Source : Adapte du Manuel CTC, pages 207-211

Les instructions suivantes peuvent être utilisées pour compiler une base de données sous Excel 2003, pour les sites PCMA (PEC MAS et PEC MAM) par district, région ou au niveau national.

ÉTAPE 1. CRÉER UNE FICHE POUR LA SAISIE DES DONNÉES (VOIR FICHE DE POINTAGE ET RAPPORT MENSUEL)

1.1. Créer les colonnes

- Créer un tableur dans Excel avec quatre colonnes intitulées : 'Semaine de séance', 'Site' et 'Mois'.
- Créer des colonnes correspondant aux critères d'admission et de sortie de votre fiche de compte et de votre fiche de rapport.
- Vérifier que chaque titre de colonne est inscrit dans sa propre case.
- Créer des colonnes intitulées:

Total fin de la dernière séance (ou Total fin de la semaine ou du mois)
Nouveaux cas 6-59 mois
Nouveaux cas autres
Anciens cas
Total admissions
Guéris
Décédés
Abandons
Non récupérés
Total sorties
Référés
Total départs
Total en traitement (ou total au début de la semaine/du mois)

1.2. Créer des lignes

- Marquer les noms des sites (noms de la structure sanitaire avec de la PEC MAS ambulatoire ou des sites de PEC MAS hospitalière) du district dans des lignes descendant dans le tableur pour le cycle 1. (Laisser de l'espace pour ajouter des sites supplémentaires au fur et à mesure que la PCMA s'agrandit.)
- Marquer **1** dans la cellule du numéro de chaque cycle.
- Sur la première ligne correspondant au cycle 2, marquez une formule de la première case **+1**.
- Ne pas marquer les noms des sites pour le cycle 2. Marquez une formule de la cellule appropriée dans le cycle 1.
- Tracer un trait en gras sous le premier cycle.

1.3. Saisir les formules

- Mettre les formules pour :
    - Total fin de la dernière séance (pour le cycle 1, il n'y a pas de formule. Mettre 0 dans les cellules. Pour les cycles ultérieurs, utiliser Total en traitement du cycle précédent).
    - Total admissions = Nouveaux cas 6-59 mois + Nouveaux cas autres + Anciens cas
    - Total sorties = guéris + décès + abandons + non récupérés

- Total départs = guéris + décès + abandons + non récupérés + référés
- Total en traitement = Total fin de la dernière séance + Total admissions – Total départs

- Pour toutes les formules, cliquer et copier les formules au bas du tableur pour remplir autant de cycles hebdomadaires que nécessaire. (Nous recommandons de se limiter aux données d'une année dans une seule base de données)

- A présent, les données peuvent être saisies par cycle en utilisant les fiche de pointage (une base de données facultative au niveau national pourra utiliser les cycles mensuels sur la base des rapports mensuels au niveau district)

ÉTAPE 2. CRÉER LE RAPPORT DES DONNÉES

- De la feuille des saisies sous 'Données' du menu du haut, choisir « Rapport tableau croisé dynamique »'(Pivot Table Report').
- Cliquer sur 'liste ou base de données Microsoft Excel'.
- Mettre en évidence le tableur entier
- Cliquer sur 'Suivant' pour aller à la construction du tableau croisé dynamique (Pivot Table).
- Dans 'Plage', faire glisser Site et Mois.
- Dans 'Colonne faire glisser Semaine.
- Dans 'Données', faire glisser les variables suivantes dans l'ordre suivant : Nouveaux cas 6-59 mois, Nouveaux cas autres, Anciens cas, Total admissions, Guéris, Décédés, Abandons, Non récupérés , Total sorties, Référés, Total départs, Total en traitement.
- Cliquer deux fois sur toutes les variables dans la fiche de données de la construction du tableau croisé dynamique (Pivot Table). Puis:

  - Changer le titre en supprimant Nombre. Ne pas déplacer le titre trop à gauche car cela déclenche l'alarme du tableau (Pivot Table).
  - Changer de Nombre à Somme.
  - Cliquer Nombre – cliquer à nouveau Nombre – Utiliser le séparateur de millièmes. Changer la virgule à 0.
  - Cliquer Suivant – cliquer sur nouvelle fiche – re-nommer 'Rapport'.

- Enlever numéro dans la colonne total 'Total en traitement' (le chiffre n'est pas pertinent pour les données de la PCMA).
- Une fois les données ajoutées à la fiche des saisies, le rapport peut être mis à jour. Mettre le curseur dans le rapport, cliquer droit et choisir ('refresh data) mettre à jour les données'.
- Les données peuvent être vues par cycle pour toute la PCMA PEC MAS si nécessaire, pour les sites individuels ou un mois donné.

Pour des directives supplémentaires sur la construction et utilisation des tableaux croisés dynamiques (tables pivot) voir: http://office.microsoft.com/en-us/assistance/HA010346321033.aspx

ÉTAPE 3. CRÉER LES GRAPHIQUES

Créer des graphiques ou diagrammes avec les tendances au niveau de l'admission et de la sortie

- Pour créer le graphique à histogrammes, cliquer sur l'icone des graphiques.
- Dans « Type personnalisé », choisir « Courbe-histogramme ».
- Dans « séries », cliquer sur « ajouter ».
- Cliquer sur la barre « Nom » et marquer 'Total Admissions'.
- Cliquer sur « Valeurs » et mettre en évidence la ligne 'Total Admissions' dans le rapport (laisser de côté le total général).
- Cliquer sur 'category x labels' et mettre en évidence la ligne des cycles de distribution.
- Cliquer à nouveau sur « Ajouter »
- Cliquer sur la barre « Nom » et écrire dans « Total sorties ».

- Cliquer sur « valeurs »et mettre en évidence la ligne « Total sorties » dans le rapport (laisser de côté le total général).
- Cliquer à nouveau sur Ajouter.
- Cliquer sur la barre « Nom » et mettre en évidence la rangée 'Total en traitement' dans le rapport.
- Cliquer sur ' « Suivant », cliquer sur « titre du graphique » et ajouter le titre général et les titres pour les axes.
- Mettre une nouvelle fiche – renommer les graphiques.

Créer un diagramme à secteurs montrant la répartition des catégories de fin de traitement

- Cliquer sur l'icone graphique.
- Cliquer sur le graphique à secteurs.
- Dans 'Series', cliquer sur Ajouter.
- Cliquer 'Values' et mettre en évidence les données dans 'Grand Total' pour les variables de sortie (guéris, décédés, abandons, non récupérés). Ne pas inclure les Référés ou Total des départs.
- Cliquer sur 'Catégorie labels' et mettre en évidence les titres des sorties (guéris, décédés, abandons, non récupérés).
- Cliquer sur Suivant, cliquer sur Titre du graphique et marquer le titre.
- Cliquer sur Data label/Données et cocher pourcentage.

Voir les figures dans le **Document 8.14 Directives concernant les rapports de la PCMA Directives sur les rapports de la PCMA** pour voir un exemple du graphique et diagramme à secteurs.

Remarque: Quand vous commencez à saisir les données dans la base de données, les colonnes correspondant aux cycles où aucune donnée n'a été saisie peuvent être cachées. Cela permet de voir plus facilement le rapport et les graphiques. Voir de bonnes explications à http://lecompagnon.info/excel/tableaucroise.htm