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 |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Matériel  * 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 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 certaines stratégies de la PEC MAM

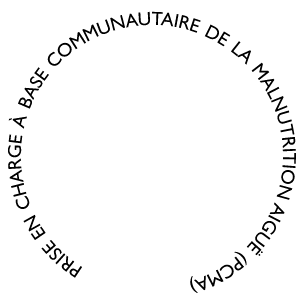
|  |  |
| --- | --- |
|  | FORMATEUR :Prenez connaissance du **Document 6.1 Le PNS dans les situations d’urgence** et du **Document 6.2 Principes du PNS dans les situations d’urgence**. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 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**

Prevention De La MALnutrition

Extension communautaire



|  |  |
| --- | --- |
|  | 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.  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 MAMou 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

|  |  |
| --- | --- |
|  | 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

|  |  |
| --- | --- |
|  | 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

|  |  |
| --- | --- |
|  | 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.  **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 à 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

## 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 : | | 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. |
| * 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 | |
| **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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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** | | |
|  |  | **Femmes enceintes**  PB ≥ 210 mm ou bébé né  **Femmes allaitantes**  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

**Malnutrition aiguë**

Malnutrition aiguë sévère (MAS)

avec complications médicales\*

Malnutrition aiguë sévère (MAS)

sans complications médicales

Malnutrition aiguë modérée (MAM)

sans complications médicales\*\*

**PEC MAS hospitalière** (hospitalière jusqu’à complications résolues et retour de l’appétit)

**PEC MAM**

**PEC MAS ambulatoire**

\***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

## 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 modérée (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 supplémentaire 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]](#footnote-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).
* 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](http://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

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

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 ?

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. [↑](#footnote-ref-1)